

Vanessa Ranieri Cervinho Viana

**SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO AOS
CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE BRASILEIRA DE
LISBOA**

Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Nova de Lisboa

2008

Dissertação de Mestrado em Saúde Mental
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Nova de Lisboa

Ao Pedro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos os que, de forma directa ou indirecta, permitiram que a realização do presente trabalho fosse possível.

Ao Professor Doutor Ricardo Gusmão, orientador deste trabalho, agradeço pela produtiva orientação e apoio que concedeu ao longo das diferentes fases de elaboração desta dissertação.

À Dra. Inês Silva Dias, ao Professor Doutor Sampaio Faria, a toda equipa da Consulta do Migrante e a APPPT por permitirem a minha participação nas reuniões clínicas da consulta do Hospital Miguel Bombarda, ricas de conteúdo e pensamento crítico.

À equipa do Graal, em especial Margarida Santos, Eliana Madeira e Júlia Bentes, companheiras no trabalho com imigrantes, por todo o incentivo demonstrado para que este projecto fosse avante.

À Casa do Brasil de Lisboa, pelo o interesse expresso e pelo apoio no trabalho de campo.

Ao Consulado Geral do Brasil em Lisboa, por permitir a aplicação dos inquéritos nas suas instalações.

Às pessoas que pacientemente responderam ao inquérito, e que sem as quais este trabalho não teria sido possível concretizar.

À Mariana Miranda, que acompanhou de perto este projecto, sempre com preciosos contributos e apoio irrestrito para a sua concretização.

Aos amigos Patrícia Bacelar, Joana Portela e Pedro Nazareth pela leitura atenta e pelas pertinentes sugestões.

À minha família, luso-brasileira, pelo apoio incondicional em todo o meu percurso.

Ao Pedro Sobral, por tudo.

RESUMO

Introdução: A utilização de serviços de saúde tem implicações importantes para o estado de saúde das populações. As políticas de imigração adoptadas nos países de destino têm influência no estado de saúde das comunidades imigrantes. Políticas que limitam o acesso de imigrantes aos cuidados de saúde aumentarão a vulnerabilidade e os riscos na saúde. Apesar da imigração promover uma série de rupturas na vida do sujeito, migrar, por si só, não pode ser considerado como factor de risco no âmbito da saúde e da saúde mental. O peso dos determinantes socioeconómicos tem ganho relevância no estudo das migrações, estado de saúde geral e mental. Isto porque, em geral, os imigrantes estão em situação mais precária do que a população autóctone. O estatuto socioeconómico baixo, as condições precárias de habitação e de trabalho, a falta de suporte social e a irregularidade jurídica são indicadores de risco acrescido para a saúde mental. Neste sentido é um desafio de monta os governos estabelecerem medidas sustentadas e, simultaneamente, integradoras dos imigrantes. Em Portugal, considera-se que há escassez de estudos relacionados com a área das migrações e da saúde.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e transversal. A finalidade foi a de identificar o estado de saúde, saúde mental e qualidade de vida da comunidade brasileira residente em Lisboa e o seu acesso aos serviços de saúde. Este estudo teve como principais objectivos a caracterização sociodemográfica, a identificação de variáveis inerentes ao processo migratório, a identificação da auto-apreciação do estado de saúde, a caracterização do acesso aos cuidados de saúde, a identificação do grupo em provável sofrimento psicológico, a comparação entre os resultados dos imigrantes juridicamente regulares e irregulares e a comparação entre a população imigrante e a população portuguesa. Inicialmente, foi prevista a utilização da técnica de amostragem de propagação geométrica ou *snowball*, pois a amostra tornar-se-ia maior à medida que os próprios inquiridos identificam outros potenciais respondentes. Ao longo do estudo, a metodologia inicial mostrou-se insuficiente para estabelecer uma amostra mais representativa dos imigrantes juridicamente irregulares. Para este feito, foi utilizada a metodologia de amostragem por conveniência e o local escolhido para a recolha da amostra foi o Consulado do Brasil em Lisboa. O instrumento de recolha de dados empregue baseou-se no questionário utilizado no 4º Inquérito Nacional de Saúde. O MHI-5 (*Mental Health Index 5*) é um instrumento de saúde mental e é parte integrante do inquérito, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Consta de cinco itens relativos à saúde mental e os resultados são classificados através de um indicador que mede a existência de provável sofrimento psicológico. Foram incluídos no estudo 213 brasileiros. De seguida, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados.

Resultados: A população inquirida é jovem, a maior parte tem entre 18 e 44 anos. As mulheres representam mais de metade da amostra. A taxa de actividade é elevada e a taxa de desemprego é similar à nacional. A inserção laboral prioritária é nos segmentos pouco qualificados ou de semi-qualificação. Aproximadamente um terço dos inquiridos afirmou ser beneficiário do Sistema Nacional de Saúde. A auto-apreciação do estado de saúde é classificada como bastante positiva, assim como a qualidade de vida. O provável sofrimento psicológico, definido no MHI-5 pelo ponto de corte no *score* ≤ 52 , atinge 23,3% dos participantes. Os homens apresentam melhores resultados do que as mulheres. Além disso, para os valores mais baixos no MHI-5 foram encontradas relações com as longas jornadas de trabalho e o diagnóstico de doença crónica.

Discussão: O presente estudo apresenta limitações em relação à dimensão da amostra e à provável existência de enviesamento pela ausência de aleatorização. Apesar da legislação portuguesa garantir o acesso aos serviços de saúde e garantir a equidade no caso dos imigrantes que fazem descontos para a Segurança Social, apenas um terço referiu ser beneficiário do Sistema Nacional de Saúde. Este dado pode ser justificado por factores como o incumprimento da lei por alguns serviços e, também, pela falta de conhecimento da legislação e da forma de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde por parte dos imigrantes. O facto das mulheres representarem o maior grupo em provável sofrimento psicológico é consistente com a literatura. As hipóteses levantadas para explicar este resultado podem ser agrupadas em: artefactos metodológicos, causalidade biológica e determinação social. Em relação ao instrumento, é possível que o MHI-5 se comporte de forma diferente no que diz respeito ao género.

Introduction: The utilization of health services has important implications for the health state of the populations. The immigration policies adopted in the destiny countries are going to influence the health state of immigrant communities. Policies that limit the access of immigrants to health care are going to increase the vulnerability and the risk factor in health. Although immigration promotes several disruptive actions in ones life, migrating, on its own, cannot be considered as a risk factor for health and mental health. The preponderance of the socioeconomic factors has gained relevance in the study of migrations and also in the study of general health state and mental health. This happens because, in general, immigrants are in a more unfavorable situation compared with the destiny country population. The low socioeconomic status, the poor working and housing conditions, the lack of social support and the juridical irregularity are indicators of the incremented risk to mental health. Therefore, it is a major challenge for governments to find sustainable, and simultaneously, integrative measures for the immigrants. The studies related with the migrations and health in Portugal were considered to be few.

Methods: It is an exploratory, descriptive and transversal study. The purpose is to identify the health state, mental health, quality of life and the access to health care of the Brazilian community resident in Lisbon. In addition, this study has as main goals the sociodemographic characterization, the variables identification inherent to the migrating process, the identification of the self-appreciation of health state, the characterization of the access to health care, the identification of the group in probable psychological suffer, the comparison between the results of regular and irregular immigrants and the comparison between the immigrant population and the Portuguese population. Initially it was predicted the utilization of the geometric propagation or "snowball", as sampling technique, because the sample becomes larger as one answerer identify other potential answering persons. Along with the study, the methodology has shown insufficient to establish a more representative sample of the irregular immigrants. For this latter case, it was used a convenient sample methodology and the place chosen for the sample gathering was the "Consulate of Brazil in Lisbon". The instrument was based in the questionnaire used in the "4th National Health Inquiry". The MHI-5 (*Mental Health Index 5*) is a mental health instrument which is part of the enquiry and it is recommended by the World Health Organization. There are five items related to mental health and the results are classified through an indicator which measures the existence of a probable psychological suffer. It were included 213 Brazilian in the study. After, the statistical treatment of the data took place.

Results: The answering population is young and the majority is between the 18 and 44 years of age. The women represent more than one half of the sample. The activity rate is high and the unemployment rate is similar to the national one. The priority labor insertion is in the few qualified or of semi-qualification segments. Approximately, one third of the answering people has stated to be beneficiary of the National Health System. The self-appreciation of the health state as well as the quality of life are classified as fairly positive ones. The probable psychological suffer, as defined in the MHI-5 through the cut point in the *score* below or equal to 52, reaches 23,3% of the sample population. Men show the better results than women. Further, for the lower values of MHI-5 it was found a relation with the long work periods and chronic disease diagnostic.

Discussion: The present study evidences limitations in relation to the sample dimension and in relation to the existence of biases due to the lack of randomness. Although the Portuguese legislation guarantees the access to health services and the equality in the cases of the immigrants that do their Social Security discounts, only one third has mentioned to be beneficiary of the National Health System. This can be justified by several facts such as the non-fulfillment of law by some national services or the lack of knowledge of the legislation or the functioning process of the National Health System. Women representing the bigger group in probable psychological suffer has been coherent with the literature review. The hypothesis set to explain this result might be grouped in: methodological artifacts, biologic cause and social determination. In relation to the instrument used, it may be that MHI-5 behaves in a different way in respect to gender.

INDICE

RESUMO	III
INTRODUÇÃO	1
MIGRAÇÕES – APONTAMENTOS INICIAIS	1
<i>As Migrações</i>	3
<i>Relação Histórica Portugal e Brasil – um breve enquadramento</i>	9
<i>Portugal dos emigrantes e imigrantes</i>	13
<i>Os fluxos migratórios do Brasil para Portugal</i>	22
MIGRAÇÕES E SAÚDE.....	31
<i>Saúde Mental</i>	31
<i>Saúde e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Comunidades Imigrantes</i>	43
<i>Migrações e Saúde – o caso português.....</i>	52
<i>Legislação Portuguesa no Acesso aos Cuidados de Saúde</i>	58
METODOLOGIA.....	62
FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO	62
<i>Finalidade.....</i>	62
<i>Objectivos</i>	62
<i>Resultados esperados (RE).....</i>	63
INSTRUMENTOS.....	65
<i>Inquérito Nacional de Saúde (INS).....</i>	65
Mental Health Index (MHI-5).....	67
Qualidade de Vida.....	73
DESENHO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS	74
VARIÁVEIS EM ESTUDO	75
<i>Variáveis Dependentes</i>	75
Inventário de Saúde Mental – MHI-5	75
<i>Variáveis Independentes</i>	77
Variáveis sociodemográficas	77
Variáveis relacionadas com o processo migratório	78
Variáveis relacionadas com a saúde e cuidados de saúde	80
Variáveis relacionadas com a saúde reprodutiva e o planeamento familiar	81
Variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida	82
ÁREA GEOGRÁFICA E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	82
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	83
AMOSTRAS.....	84
<i>Snowball</i>	84
<i>Conveniência</i>	86

<i>Cálculo do número de sujeitos (dimensão da amostra)</i>	87
<i>Recrutamento e perda de unidades em estudo</i>	88
ESTATÍSTICA DESCRITIVA E ANALÍTICA	89
RESULTADOS	94
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	94
PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO DESCRITIVO	95
<i>Descrição sociodemográfica</i>	95
<i>Estatuto jurídico-legal, residência em Portugal e intenção de retorno ao Brasil</i>	98
<i>Estado de saúde e utilização dos serviços de saúde</i>	99
<i>Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar</i>	102
<i>Qualidade de vida e Satisfação com aspectos da vida</i>	103
RESULTADOS RELATIVOS AO MHI-5	103
<i>MHI-5</i>	104
<i>Factores de risco</i>	105
COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO PORTUGUESA	115
<i>MHI-5</i>	115
<i>Auto-apreciação do Estado de Saúde Actual</i>	117
<i>Qualidade de vida</i>	118
DISCUSSÃO	120
RESULTADOS PRINCIPAIS	120
LIMITAÇÕES E VANTAGENS DO ESTUDO	134
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	138
BIBLIOGRAFIA	142
ÍNDICE DE TABELAS	162
ANEXOS	VOLUME II

ABREVIATURAS

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e as Minorias Étnicas (actual ACIDI)

AP – Autorização de Permanência

AR – Autorização de Residência

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MHI – Inventário de Saúde Mental ou *Mental Health Inventory*

MHI-5 - MHI de cinco itens ou *Mental Health Index - 5*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e que incluem Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Guiné-Equatorial, Moçambique, São Tomé e Príncipe

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Migrações – apontamentos iniciais

As migrações dos seres humanos são tão antigas como a Humanidade. Desde sempre as pessoas circularam pelo planeta. Impelidos pela curiosidade, pela descoberta de novos mundos, em busca de oportunidades...

Ao longo do tempo, o ser humano deslocou-se, mudou-se, viajou, explorou...

Porém, como já não há terras sem donos (Saraiva, 1984), as migrações passaram para a esfera do controlo de estrangeiros e de fronteiras.

A forma dos países lidarem com as migrações varia de acordo com o momento socioeconómico que atravessam.

Apesar de não ser um fenómeno novo, nunca se observou um fluxo tão considerável de pessoas. Estima-se que o crescimento dos fluxos migratórios dos últimos trinta anos fez duplicar o número de pessoas que vivem e trabalham fora dos países de origem (Lechner, 2007).

Este considerável fluxo de pessoas entre países e continentes é um dos aspectos mais evidentes da globalização (Ministério do Trabalho e Emprego, 2008).

É estimado que mais de 200 milhões de pessoas emigram todos os anos e, pelo menos, entre 30 e 40 milhões estarão em situação irregular. O número dos imigrantes no mundo equivale a população do quinto país mais populoso do planeta (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

Nos EUA, os estudos apontam para que, no ano de 2050, 50% da sua população será constituída por minorias étnicas (Rhoades, Price & Perigoe, 2004). Os fluxos migratórios, em termos numéricos, já suscitam interesse por esta questão. Mas também suscitam interesse pela forma como esta área é abordada nas políticas públicas e nos discursos do quotidiano, na relação entre nacionais e estrangeiros.

No século XX, Portugal é marcado por movimentos de emigração da população. A estrutura económica e, depois, a ditadura foram os factores preponderantes para que isto ocorresse. A dinâmica imigratória em Portugal foi perdendo impacto ao longo das décadas de 70 e 80.

Nas últimas décadas, Portugal transformou-se em país de acolhimento. A primeira vaga de imigração com peso significativo para o país ocorre nos anos 60. A segunda vaga data do processo de descolonização e a terceira é, predominantemente, oriunda dos países de língua oficial portuguesa. A quarta vaga está relacionada com acordos *Schengen*, acordos luso-brasileiros e imigração dos países do Leste Europeu. Os dados actuais revelam que os imigrantes são, actualmente, 9% da população activa e 4,5% da população nacional (ACIDI, 2007b).

Até aos anos 80, o Brasil mantinha uma tradição de país receptor de imigrantes. Além disso, os brasileiros que emigravam até esta data faziam-no, na sua maioria, por questões políticas. Desde então, a emigração brasileira tem-se vindo a acentuar e o factor principal que propicia este fenómeno é a sucessão de crises económicas.

A língua comum, a História partilhada, a cultura mais próxima, os laços de parentesco e os significativos investimentos económicos de empresas brasileiras no país, na década de 90, estão entre os motivos da escolha de Portugal como país de acolhimento.

A imigração brasileira em Portugal pode ser dividida em dois grandes momentos. O primeiro situa-se entre os anos 80 e 1998, e caracteriza-se por uma imigração qualificada e masculina. O segundo momento, após 1998, envolve um número maior de imigrantes não qualificados e de ambos os sexos. Actualmente, a comunidade brasileira constitui, juntamente com a de Cabo-verde, o maior grupo imigrante em Portugal.

A integração das comunidades imigrantes passa pela inserção destas nas diversas áreas da sociedade de acolhimento. Neste sentido, o acesso aos cuidados de saúde reveste-se de importância tanto para os imigrantes como para os países de acolhimento. A área da saúde é paradigmática, no sentido em

que políticas de saúde inclusivas afectam positivamente o estado de saúde dos imigrantes.

As Migrações

Migrar abrange uma gama quase ilimitada de possibilidades e de classificações. Consoante as fronteiras atravessadas, podemos encontrar migrações nacionais (intra ou inter-bairros; intermunicipais e inter-regionais) e internacionais (intra ou intercontinentais). Em relação à duração, podem ser classificadas em migrações pendulares (diárias, semanais), periódicas, de breve duração (menos de 1 ano), de duração média ou de longa duração/definitivas (Matos, 1993).

Ainda se podem classificar segundo a voluntariedade dos fluxos: migrações voluntárias ou forçadas (deportação e êxodo), e consoante o motivo invocado para a imigração: trabalho, família, saúde, estudo, etc. Nesta lógica, há uma diferença ao falarmos de imigrantes, refugiados e/ou requerentes de asilo.

O número de imigrantes dobrou desde 1975. Só a Europa recebeu 56 milhões de imigrantes, maioritariamente vindos dos países em desenvolvimento, e em três grandes momentos: Primeira e Segunda Guerras Mundiais e na última década (Carta, Bernal, Hardoy & Haro-Abad, 2005).

Outra questão de interesse é o que diz respeito à motivação das pessoas para emigrar. Esta questão pode ser estudada sob diversos ângulos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), os seguintes factores impulsionam o fenómeno da migração: ambientais, económicos, políticos, religiosos e procura de cuidados de saúde.

Neste sentido, as razões para emigrar podem ser divididas em factores que empurram as pessoas para fora de seus países de origem (guerras, pobreza, fome, por exemplo) e factores que atraem as pessoas para os países de destino (empregos, liberdade política e religiosa, etc.) (Kristiansen, Mygind & Krasnik, 2006).

Mas, o que está efectivamente em questão: uma decisão individual ou estruturas sociais que impelem determinadas pessoas ou grupos para a emigração?

Segundo o modelo de Ravenstein, a decisão de migrar está enraizada em motivações individuais e é uma decisão racional de procura da diminuição do desconforto. Em oposição a esta visão individualista do processo migratório estão as análises da “Escola Histórico-Estrutural”, que colocam a ênfase no poder das estruturas sociais. Em comum, estas abordagens adoptam uma perspectiva histórica para explicar os fluxos migratórios, apresentam um carácter estruturalista e o foco é direccionado para as causas das migrações, principalmente as económicas (Matos, 1993).

Porém, entre uma escolha racional e individual e a imigração propiciada pelas forças estruturais, há ainda um terceiro elemento central: a família. É no seio desta unidade que é formulada a decisão de migrar e esta prende-se com a busca de melhores condições de vida, não apenas daquele que emigra mas também como uma saída para a situação de carência de recursos de toda a família, da qual é parte integrante. Só assim, aliás, se consegue explicar a regularidade das remessas enviadas pelos imigrantes para os seus países de origem (Rossi, 2007).

Geralmente, os factores referidos como impulsionadores dos fluxos migratórios são vários: as altas taxas de desemprego nos países de origem; a existência de uma rede social nos países de destino; o papel dos governos na regulação da oferta de mão-de-obra e nas políticas migratórias estabelecidas (Bógus, 2007).

Apesar da associação entre imigrantes e economia, não podemos deixar de recordar que existem outras causas, além das económicas, para as opções migratórias de quem migra. E estas causas não económicas seriam até mais significativas no caso do processo migratório das mulheres (Padilla, 2007a).

“As mulheres brasileiras migram com o objectivo de melhorar de vida, para acompanhar os que amam, para conhecer outras realidades ou iludidas com a miragem de um futuro melhor” (Gaal, 2007).

Outra análise do fenómeno das migrações assenta no modelo dos “três R’s”: recrutamento, remessas e retorno. O recrutamento está relacionado com aquilo que provoca ou propicia a emigração. Exemplos disto são o fraco crescimento económico, o elevado desemprego e/ou subemprego, a desigualdade na distribuição das riquezas e a “má governação” nos países de origem. Por outro

lado, a necessidade de mão-de-obra e as consequências do envelhecimento da população nos países de destino.

Em relação às remessas, em 2000, o volume total de remessas a nível mundial foi estimado em 100 mil milhões de dólares e 60% deste valor destinou-se aos países menos desenvolvidos. Isto tem impacto nos países receptores de remessas, quer a nível macro (aumento das reservas de divisas e do impacto positivo na balança de pagamentos), quer a nível micro (aplicação local). Este elevado valor das remessas tem a ver com o facto de os imigrantes remeterem importâncias cerca de três vezes superiores ao valor do seu rendimento anterior à emigração (Abreu, 2004).

Por isto, mesmo abdicando de força interna de trabalho, os países de origem, principalmente os ditos “em vias de desenvolvimento”, parecem ganhar com a emigração. Outros factores a ter em conta neste cálculo são a transferência de tecnologia e a formação de capital social. Mesmo quando se trata da “fuga de cérebros”, todos podem ganhar “em circulação de saberes e transferência de conhecimento” (Peixoto & Figueiredo, 2007, p.126).

Esta percepção não é unânime: para alguns autores, é discutível a ideia de que os países de origem ganhem sempre com a emigração. E isto porque as possibilidades dos emigrantes aplicarem no retorno as suas competências desenvolvidas no processo migratório são pequenas. Além de que o retorno apenas faz aumentar o consumo de bens de luxo e, conseqüentemente, as importações. E, mesmo quando o dinheiro é aplicado, é canalizado para pequenos negócios com nenhum ou quase nenhum impacto macroeconómico. E as remessas, apesar de apresentarem cifras volumosas, são utilizadas para aliviar tensões imediatas (Matos, 1993).

O retorno é considerado o “resultado final esperado” dos processos migratórios. Por outro lado, as competências adquiridas na fase da imigração parecem não ser aproveitadas de forma produtiva no país de origem, seja pelo facto de que muitos emigrantes acabam por não retornar aos seus países de origem, seja pela idade com que o fazem, ou pela diferença de contextos produtivos e laborais entre os países de acolhimento e de origem (Abreu, 2004).

Mas, para que o desenvolvimento dos países de origem seja efectivamente assegurado pela influência dos fluxos migratórios, é necessário que as políticas nacionais tendam a maximizar a transferência de recursos associados aos fluxos migratórios, criando condições institucionais que favoreçam a transferência de remessas, de tecnologia e conhecimento, e a formação de capital social (Abreu, 2004; Peixoto et al, 2007).

Não é possível falar de imigração sem falar das políticas associadas à mesma. Estas têm-se tornado mais restritivas nos países ditos “desenvolvidos”. Porém, as políticas restritivas das fronteiras dos países não parecem conseguir deter nem refrear as migrações, que, por outro lado, se tornaram uma parte da solução para o envelhecimento da população nos países europeus. Estas políticas restritivas criaram, na verdade, um novo estatuto de pessoas: “os ilegais” (Carta et al, 2005).

De acordo com a lei, o imigrante “ilegal”, irregular ou indocumentado é aquele que entrou ou permaneceu em solo português sem documentação ou com falsa documentação para a permanência, ou que permanece no país depois do visto ter expirado ou que permanece após ter recebido uma ordem de expulsão (Freitas, 2003).

O sistema de imigração estabelecido pelo Decreto-lei nº 34/2003 não ofereceu uma resposta adequada às necessidades do mercado de trabalho português. Por esta razão, muitos empregadores continuam a recrutar e empregar imigrantes irregulares, especialmente nos sectores da hotelaria, construção e agricultura. Mesmo em situação irregular, muitos imigrantes conseguiram pagar impostos e contribuições da segurança social, sem que isto causasse qualquer constrangimento aos empregadores. Além disto, os abusos contra os trabalhadores imigrantes raramente são sancionados pelas autoridades (Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância, 2007).

Mas não é apenas o estatuto de “legais” e “ilegais” que cria subgrupos. Em Portugal, os diversos tipos de documentação disponíveis provocam uma diferenciação entre categorias de imigrantes (autorização de residência, visto de trabalho, etc.), que os distingue e viola o princípio de igualdade de direitos e de oportunidades consagrado na Constituição Portuguesa (Macedo, 2002).

Ainda no que diz respeito à questão do envelhecimento da população europeia, apesar do impacto positivo da imigração até à data, estima-se que, para colmatar as consequências deste envelhecimento populacional, a Europa deve passar a receber de 1 para 13 milhões de imigrantes por ano, entre 2000 e 2050 (Carta et al, 2005).

Este dado aponta para uma outra análise da imigração, inspirada na tese elaborada por Marx de que os imigrantes funcionariam como um exército industrial de reserva. Nesta lógica, seria de conveniência para o capitalismo a existência de uma força de trabalho excedentária, capaz de forçar a redução dos salários e a criação de uma reserva de mão-de-obra. Assim, o emprego de imigrantes seria sempre vantajoso, pois estes estão dispostos a trabalhar por salários mais baixos e em condições de maior precariedade em relação aos nacionais, inseridos no mercado de trabalho em empregos desqualificados, “desagradáveis” e “sujos” (Bógus, 2007) e, por não terem consciência de classe nem filiação sindical, seria mais fácil despedi-los em situações de crise económica (Matos, 1993).

Os motivos que levam os imigrantes a aceitar trabalhos que os autóctones não desempenham estão relacionados com a ideia de que o processo migratório é transitório e, por isto, não há preocupação com a perspectiva de uma carreira profissional ou a instabilidade laboral e, na maior parte dos casos, mesmo auferindo salários mais baixos, estes são superiores aos recebidos no país de origem (Gonçalves & Figueiredo, 2005).

Outra reflexão sobre a utilização de imigrantes no mercado de trabalho é apresentada por Piore, que questiona a ideia de um mercado de trabalho único, propondo um mercado dualista composto por dois segmentos: primário e secundário (Matos, 1993).

Em linhas gerais, o mercado primário apresentaria as seguintes características: composto por mão-de-obra qualificada, salários elevados, boas condições de trabalho, relativa segurança e elevada mobilidade.

Em contrapartida, o mercado secundário seria composto por mão-de-obra pouco qualificada, salários baixos, condições de trabalho desagradáveis, insegurança e fracas oportunidades de carreira. E é neste segmento secundário que a maior

parte dos imigrantes, prioritariamente os indocumentados, se irá inserir. E, ao inserirem-se desta forma, verão restringidas também as possibilidades de conseguir contratos de trabalho e, conseqüentemente, de passar de “ilegais” para regulares.

Além da forma de inserção no mercado de trabalho e do estatuto jurídico-legal de que gozam, por fim é preciso também considerar as diferentes etapas dentro do processo migratório.

Um exemplo desta classificação é o modelo das fases migratórias de Sylvie Gravel (cit. por Sousa, 2006), que distingue cinco etapas distintas no processo migratório. A primeira está relacionada com a emigração e as circunstâncias motivantes da partida. Nesta etapa, há uma ruptura afectiva, física e cultural. A segunda etapa tem a ver com a transição física e a instalação no país de acolhimento. Fazem parte desta etapa as dificuldades práticas com a instalação e também os contactos raros, superficiais e formais com a sociedade de acolhimento.

O terceiro momento é marcado pela absorção das diferenças sociais e há nele possibilidades de choque cultural. Nesta etapa, a autora identifica riscos para a saúde física e mental. A quarta etapa é a da adaptação e desmistificação da sociedade de acolhimento. A quinta e última etapa é a da integração. Nesta, pode ou não haver a adaptação de comportamentos facilitadores de integração, o enraizamento das crianças e os conflitos intergeracionais. Da mesma forma, o imigrante pode ser confrontado com a consciência do carácter definitivo da sua escolha (Sousa, 2006).

Como qualquer esquema, também este é simplista e redutor da realidade. Este esquema e os conceitos anteriormente abordados têm um valor instrumental para a compreensão e reflexão sobre uma realidade muito mais vasta e rica, seja pela singularidade ou complexidade de algumas situações ou seja pela existência de situações híbridas dificilmente categorizadas (Rocha-Trindade, 2007).

Relação Histórica Portugal e Brasil – um breve enquadramento

A relação histórica entre Portugal e Brasil data de mais de 500 anos, quando nos séculos XV e XVI, Portugal surpreende o mundo com a sua capacidade de expansão e se lança nos oceanos. A “descoberta” e consequente colonização do Brasil faz parte da época do apogeu português (Silva & Schiltz, 2007).

Tenha sido uma descoberta intencional ou casual, a viagem de Pedro Álvares Cabral para atingir as Índias pelo rumo poente, patrocinada pelo Rei D. Manuel I, iria revelar a existência de uma nova terra: Santa Cruz (Bueno, 1998).

A aventura marítima de Portugal pode ser considerado o primeiro processo humano de dimensões planetárias (Bueno, 2003).

“Na manhã da quinta-feira, 23 de Abril de 1500, um novo ciclo estava se iniciando na história já quase secular da expansão lusitana pelos quatro cantos do planeta. Naquele dia – pelo menos oficialmente – os portugueses estavam se preparando para desembarcar pela primeira vez no terceiro continente ao qual seus eficientes navios os tinham conduzido” (Bueno, 1998, p. 47).

Num primeiro momento, esta nova terra serviria apenas como escala para os navios rumo às Índias e, a seguir, uma imensa fazenda de extracção de pau-brasil, entregue à iniciativa privada, pois eram estes inicialmente os únicos interesses de Portugal no Brasil. Ficavam, assim, adiados os planos de colonização (Bueno, 1998).

Porém, no momento que o interesse dos navegadores e traficantes franceses pelo Brasil tornou-se ostensiva e uma ameaça, a Coroa Portuguesa decidiu enviar uma missão militar e também colonizadora. Para tanto, enviou Martim Afonso de Souza, com plenos poderes de governação, e mais 400 pessoas em 1530. Nesta época, é fundada São Vicente, o primeiro núcleo efectivo de portugueses no Brasil (Bueno, 2003).

Em 1532, o rei D. João III decidiu empregar no Brasil o mesmo sistema de colonização anteriormente utilizado nos Açores e na Madeira. O rei optou por dividir as terras brasileiras em 14 capitanias hereditárias, doadas a 12 figuras importantes da Corte. Em suas capitanias, os donatários podiam legislar e

controlar tudo, menos a arrecadação de impostos reais. Os limites territoriais levavam apenas em conta os acidentes geográficos da costa, mas não respeitavam a divisão territorial estabelecida há muito pelas tribos indígenas (Bueno, 2003).

Dos 12 donatários, quatro nunca estiveram no Brasil, três nunca se interessaram pelas suas terras, três morreram em acontecimentos dramáticos e apenas um realizou uma administração brilhante em duas capitanias: São Vicente e Pernambuco.

Com a chegada dos donatários, ganhou impulso a cultura açucareira (Bueno, 2003).

Como o sistema das Capitanias Hereditárias não representava segurança para a Coroa Portuguesa, foi enviado para o Brasil o fidalgo Tomé de Souza, com a responsabilidade de centralizar o poder e fundar a primeira capital do Brasil: Salvador. A capital do Brasil vai ser transferida para o Rio de Janeiro, quando a corrida do ouro encontrado em Minas Gerais vai trazer grandes alterações na colônia a partir do século XVII (Bueno, 2003).

Após a instauração do Brasil como colônia portuguesa, e na vigência de práticas monopolistas, a ida dos portugueses para a colônia teve acentuado carácter selectivo. A administração colonial controlava o fluxo de acordo com as suas necessidades e emigrar para a colônia era só para alguns portugueses favorecidos.

A partir de 1764, o fluxo de portugueses para o Brasil aumenta por causa da preocupação em preencher os territórios despovoados, principalmente nas regiões fronteiriças, para defesa do território brasileiro. Durante este período, estima-se que o Brasil tenha recebido mais de cinco milhões de pessoas, dos quais um milhão e meio de portugueses (Westphalen & Balhana, 1993).

A chegada da Família Real Portuguesa em Março de 1808 marcava uma nova era para o Brasil. Nos meses anteriores à viagem, D. João VI havia se mantido neutro entre duas hipóteses desastrosas: romper e fechar os portos à Inglaterra ou desafiar Napoleão Bonaparte. Sem o apoio claro de D. João VI, o exército francês invadiu Portugal na mesma época que a Família Real se lançou em

direcção à colónia como último recurso, e esta sofreria de inexoráveis mudanças rumo à independência (O'Neil, 2007).

Na época da Independência, no ano de 1822, os portugueses residentes no Brasil dividiam-se em dois grupos: os solteiros e os que imigravam com a família. Porém, mesmo aqueles que viajavam sozinhos contavam com uma rede familiar de suporte e protecção no país de destino (Silva, 1993).

Esta protecção, que na maior parte das vezes, tinha origem em indivíduos que faziam parte da elite local, era fundamental para a obtenção de um emprego no funcionalismo público, por exemplo.

Em 1840, os territórios despovoados já não constituíam preocupação para a administração local. Nesta época, a repressão da escravatura, forçada pela Inglaterra, e a consequente necessidade de mão-de-obra livre para o trabalho nas lavouras de café é que iriam ditar o fluxo emigratório para o Brasil.

O café transformou-se, a partir de 1830 e até ao final do século, no principal produto de exportação. Isto possibilitou a retomada do crescimento económico brasileiro e possibilitou a sua reintegração nas correntes do comércio mundial em expansão (Celin, 1989).

Uma política de imigração de massas, subvencionada pelo governo, foi a resposta da elite agrária brasileira para responder à crise de falta de mão-de-obra nas lavouras de café.

O Brasil foi escolhido por muitos emigrantes, que utilizavam fluxos informais de informação para decidir o local de destino. Através destas informações tinha-se acesso ao nível de vida no local, ao clima, aos salários praticados, às condições gerais de acolhimento.

O desejo de ascensão social, juntamente com o mito da fortuna, influenciou a emigração portuguesa para o Brasil (Pereira, 1993).

Em 1855, o governo português, preocupado com o fluxo de emigrantes para o Brasil, formulou uma proposta de lei com o objectivo de reprimir a emigração clandestina e conter os abusos praticados no embarque e transporte clandestino de passageiros e colonos (Leite, 1993).

Apesar desta preocupação com possíveis redes aliciadoras de emigrantes, a decisão passava, principalmente, pelas informações sobre a economia, conseguidas através dos emigrantes reformados, das cartas e das remessas de dinheiro para Portugal.

Porém, relatórios da época também apontam para abusos cometidos contra os emigrantes. Constavam destes relatórios queixas de baixos salários, aplicação de multas e confiscos ilegais, atraso nos pagamentos, disciplina coerciva e violência física (Matos, 1993).

Estas denúncias fizeram com que o governo italiano limitasse a emigração subvencionada a partir de 1902. Esta decisão também foi seguida por Espanha, o que fez com que o fluxo emigratório de portugueses para o Brasil aumentasse.

Na altura da Proclamação da República Brasileira, estabelece-se a maior entrada de emigrantes europeus, para assegurar o desenvolvimento do país. As primeiras restrições emigratórias datam desta época, restrição que dizia respeito aos emigrantes provenientes da Ásia e de África.

Inicialmente, a emigração portuguesa era predominantemente masculina, individual e temporária. Progressivamente, foi-se tornando familiar e permanente, como aponta o número crescente de portuguesas que deram entrada no Brasil entre 1910 e 1914, com o objectivo de reagrupamento familiar (Matos, 1993).

No fim do século XIX, a crescente urbanização provocou transformações sociais radicais e aceleradas, provocando um grande êxodo rural. Os emigrantes portugueses migraram para as grandes cidades brasileiras para trabalharem em fábricas, comércio e até obras públicas.

A situação dos emigrantes portugueses nas cidades também era precária pois, com a intensificação dos fluxos migratórios, os níveis salariais mantinham-se baixos. Os relatórios jurídico-económicos consulares apontavam para situações irregulares de atrasos de pagamento de salários, retenção de pessoal, erros de conta e acidentes de trabalho (Matos, 1993).

Com a crise económica advinda da 1ª Guerra Mundial, a legislação brasileira relativa à imigração tornou-se restritiva. Na lei trabalhista, passou a ser exigido

que, nas empresas, 2/3 de seus empregados fossem brasileiros natos (Westphalen et al, 1993).

E mesmo com o fim da 1ª Grande Guerra, a legislação relativa à imigração definiu definitivamente que as quotas de imigrantes não poderiam exceder os 2% da população brasileira.

Mas, ao longo da história da emigração para o Brasil, os portugueses foram sendo vistos de forma diferenciada de outros grupos de imigrantes.

Em 1946, uma nova legislação definia que os portugueses que quisessem a naturalização careciam apenas de um ano de residência ininterrupta no país, idoneidade moral e sanidade física.

No fim dos anos 70, inicia-se uma progressiva diminuição do fluxo emigratório português. E, já no início dos anos 80, com a entrada de imigrantes em Portugal e o retorno dos que haviam emigrado, o país passa a ter o seu saldo migratório positivo (Peixoto, 1993).

Mas mesmo com a diminuição do fluxo emigratório de Portugal para o Brasil nos últimos dez anos, este relacionamento continua intenso. Nesta década, as empresas portuguesas investiram no Brasil cerca de 15,5 milhões de euros e o Brasil continua no topo dos destinos turísticos dos portugueses. Por outro lado, depois de um historial como receptor de imigrantes portugueses, o quadro altera-se e a comunidade brasileira tornou-se uma das mais numerosas em Portugal (Carneiro, 2007).

Portugal dos emigrantes e imigrantes

O fenómeno das migrações não é isolado, é necessário contextualizar o processo migratório dentro do período histórico e institucional (Pereira, 1993). A estratégia de decisão de emigrar compreende factores individuais e colectivos, e em consonância com a estrutura patrimonial local e económica.

Acredita-se que o movimento de emigração portuguesa tenha começado no Século XV com destino aos Açores, Madeira e Norte da África (Freitas, 2003). Nos anos seguintes, a expansão marítima levou os portugueses às Índias, África

e Brasil e, em 1600, 100.000 portugueses viviam nos novos territórios (Rocha-Trindade, 1995).

O fenómeno emigratório verificado a partir do século XVII no noroeste português foi um movimento enraizado. Nesta época, o tipo de agricultura tendencialmente utilizado era o de minifúndios. Nas unidades familiares havia sempre excedente de mão-de-obra. A emigração, quer para as grandes cidades como Lisboa e Porto, quer para o exterior, servia como estratégia de sobrevivência para o agregado familiar. Esta estratégia permitia uma reorganização na economia doméstica, permitindo a diminuição dos custos do agregado familiar, a par de uma injeção de capital oriunda do familiar emigrante (Alves, 1993).

Uma estimativa da população portuguesa no mundo no ano de 1820 apresentava os seguintes números (Serrão, cit. por Rocha-Trindade, 1995):

- 3,352,180 em Portugal, Algarve, Madeira, Açores e Cabo-Verde;
- 1,100,000 na África;
- 580,000 na Ásia;
- 5,300,000 no Brasil.

A partir de 1836, verificou-se uma crise na agricultura. Esta crise manifestou-se com uma descida considerável do preço do trigo, fazendo com que trabalhadores do campo procurassem a emigração como solução económica. Remonta a esta data o primeiro aumento de relevo no número de passaportes obtidos pelos habitantes de Ponte de Lima e Viana do Castelo, por exemplo (Rodrigues, 1993).

A crise vinícola impulsionou também a emigração no norte de Portugal entre 1850 a 1860.

O século XIX foi marcado por uma transição entre o esvaziamento lento e gradual do poder familiar e a ascensão do estatuto do cidadão dentro de uma lógica de direitos e deveres definida pelo Estado (Alves, 1993).

Outros factores que influenciaram os fluxos migratórios a partir do século XIX estavam ligados à desestruturação dos sectores artesanais pela introdução da

maquinaria, à reestruturação da pesca pela introdução dos barcos a vapor e novas técnicas de pescar, para além dos problemas de arrendamento rural, provocados pelas leis da desamortização (Alves, 1993).

“Sem futuro no campo e sem lugar na cidade, o camponês vai tentar a vida fora do País. Também neste ponto a história moderna repete a medieval, mas, porque já não havia mundos sem donos, a expansão chama-se agora emigração” (Saraiva, 1984, p. 318).

Mas é no século XX que o fluxo de emigração portuguesa iria conhecer o seu apogeu (Peixoto, 2004).

Data da década de 50 o movimento transatlântico de portugueses para o Brasil e para a América, influenciados por políticas de compensação face à emigração nos países de destino.

Nas décadas seguintes, este fluxo iria ser substituído por uma emigração intra-europeia, pois o plano de reconstrução europeu pós Segunda Guerra exigia mão-de-obra muito para além da disponível nos países europeus, e as políticas de imigração no Brasil tinham-se tornado restritivas. Dados oficiais apontam para que no ano de 1963 as saídas para França tenham superado as saídas registadas para o Brasil.

O apogeu da emigração portuguesa data das décadas de 60 e 70 e as saídas *a salto* para países europeus tinham como causas o regime ditatorial implantado em Portugal, a pobreza e as dificuldades vividas nas zonas rurais (Santos, 2004b).

O regime ditatorial de Salazar baseava-se no nacionalismo corporativo, no intervencionismo económico-social e no imperialismo colonial, e isolou Portugal do resto da Europa. Para escapar a esta realidade, à repressão dos que se opunham ao regime e à possibilidade de serem enviados para a guerra colonial em África, muitos portugueses emigraram. O ano de 1966 é o ano da explosão emigratória, contando com, aproximadamente, 130.000 emigrantes (Lima, 2003; Santos, 2004b).

No caso da emigração para a Alemanha e França, para a reconstrução económica do pós-guerra foi necessário importar mão-de-obra de países onde

fosse excedentária, pois a mão-de-obra nacional era insuficiente. Os países nestas circunstâncias adoptaram o papel de recrutadores, para colmatar as suas necessidades de mão-de-obra, e assim contribuírem para o crescimento das suas economias. O recrutamento era direccionado, essencialmente, para o desempenho de trabalho não qualificado e provisório, pois, quando já não fossem necessários, os trabalhadores eram devolvidos à origem (Sousa, 2006).

A década de 70 foi marcada por crises económicas e pela diminuição da procura de mão-de-obra imigrante nos países industrializados da Europa. Em países como a França, os imigrantes deixaram de ser bem-vindos e passaram a ser expulsos ao mínimo pretexto. Paralelamente, em Portugal dá-se o regresso de 700.000 portugueses residentes nas ex-colónias (Amaro, 1985).

Em 25 de Abril de 1974, a democracia é instaurada em Portugal e dá-se o fim do período colonial português. Neste período, o direito a emigrar e o direito a retornar passam a ser consagrados pela Constituição Portuguesa e o Estado confere protecção aos cidadãos que se encontrem ou residam no estrangeiro (Santos, 2004b).

Entre o final da década de 70 e meados dos anos 80, há uma diminuição do fluxo migratório por causa das políticas restritivas à imigração e da situação económica.

Nos anos 80 e 90, os destinos mais procurados pela emigração portuguesa passam a ser a Suíça e o Luxemburgo (Sousa, 2006).

Com a entrada para a União Europeia em 1986, os portugueses mudam de estatuto: de migrantes para cidadãos europeus (Santos, 2004b). Neste novo contexto, Portugal recebeu muitos milhões de euros para dinamizar a sua economia, desde meados da década de 80 até ao início do século XXI. Alguns sectores foram bastante impulsionados, como os da construção civil, do comércio e os serviços financeiros. A possibilidade de modernização e expansão de infra-estruturas nacionais, a transição para uma economia de serviços e o relevante crescimento dos níveis de qualificação dos jovens nacionais foram factores que propiciaram o aumento do número de imigrantes rumo a Portugal (Malheiros, 2007).

Alguns autores consideram mesmo que há uma passagem clara de um fenómeno de emigração para um de imigração (Esteves, 1991; Peixoto, 2004; Carta et al, 2005).

Esta passagem de um fenómeno para o outro seria resultado das seguintes tendências: o rápido declínio da emigração nos anos 70; a migração de retorno do pós-guerra colonial e a descolonização; e o rápido desenvolvimento dos fluxos de imigração (Téchio, 2006).

Ao integrarem a União Europeia, a maior parte dos países desenvolvidos da Europa apresentou uma redução nos fluxos de saída, com um aumento do fluxo imigratório. Porém isto não aconteceu no caso português, que apresentou uma intensificação de saídas nos anos 90 e que permanece estável desde então (Peixoto, 2004).

Os números de saídas são mais complicados de serem contabilizados. Até 1988, este número era dado pelos “passaportes de emigrante”. Com a extinção deste documento, em consequência da adesão à União Europeia, tornou-se necessário que o INE processasse um novo tipo de contagem, baseado em inquéritos por amostragem a alojamentos. Este tipo de inquirição indirecta e por amostragem apresenta margens de erro que podem ser substanciais no que diz respeito aos pequenos fluxos (Peixoto, 1993).

Mas o que se sabe sobre o fluxo de emigração portuguesa é que é maioritariamente temporário, formado por trabalhadores masculinos, em idade activa, jovem e solteiros, que declaram uma ausência por período restrito, que vai de 3 meses a 1 ano. O destino escolhido pode ser a França, Suíça, Alemanha, Reino Unido, Espanha, EUA e Canadá.

Quanto ao grau de instrução, revelam um nível baixo de escolarização, apesar da progressiva qualificação da população portuguesa. Os emigrantes temporários têm níveis de escolaridade que vão do 1º ao 3º ciclo. Estes números representam $\frac{3}{4}$ do número de saídas (Peixoto, 2004).

As causas para a emigração em Portugal mantêm-se as mesmas: busca de melhores condições de vida no destino; dificuldades profissionais e empregadoras no local de origem; melhor satisfação dos percursos de

mobilidade social, com o recurso à transposição da fronteira geográfica (Peixoto, 1993).

Isto pode ser explicado através de razões estruturais, que fazem de Portugal simultaneamente país de imigração e emigração (Baganha & Peixoto, 1996; Baganha & Peixoto, 1997; Peixoto, 2004; Téchio, 2006; Peixoto et al, 2007). Estas razões estão ligadas ao tipo de crescimento económico existente (intensivo em mão-de-obra e apoiado em sectores como a construção civil), ao ritmo das reestruturações económicas, à dualidade dos mercados de trabalho (primário para os nacionais e secundário para os imigrantes) e ao tipo de regulação dos sectores (baixos rendimentos e precariedade) (Peixoto, 2004).

Historicamente um país de emigração, Portugal vê-se confrontado com os fluxos de imigração na actualidade. Este fenómeno faz com que outra gama de questões seja colocada e surjam novos desafios para os governos e para a população em geral.

Até meados dos anos 90, os imigrantes vinham, principalmente, dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). Mas a imigração contava também, em menor número, com reformados do Norte da Europa e profissionais brasileiros.

Esta situação altera-se a partir da segunda metade da década de 90 quando os números da imigração duplicaram, tendo-se modificado e diversificado de forma acentuada as origens dos imigrantes. A partir desta altura, os fluxos imigratórios contam também com asiáticos e europeus do Leste. É ainda nesta época que se dá a chamada “segunda vaga” da imigração brasileira (Malheiros, 1996).

É certo que a atenção parece estar voltada para os fluxos da imigração para Portugal, tanto nos discursos de índole científica como no debate público.

Estima-se que a Europa ocidental tenha recebido, só nos últimos 20 anos, cerca de 18 milhões de imigrantes (Bógus, 2007).

Em 1990, o número de imigrantes residentes em Portugal era de 100.000. Em 1999, este número era já o dobro. E em 2004 subiu para 400.000. Os imigrantes somavam 4% da população residente (ACIME, 2005) e entre 9 a 10% da

população activa, sendo o papel dos imigrantes significativo na economia, trabalho e na evolução demográfica (Machado, 2007c).

Não há dúvida de que estes números, divulgados de forma absoluta, tornam a imigração em Portugal um fenómeno de crescimento muito saliente.

Porém, em comparação com os fluxos migratórios de outros países da Europa, os números de imigrantes que vêm para Portugal são consideravelmente menores. Em 2000, Luxemburgo já contava com 37% de imigrantes na sua população e, no mesmo ano, a Suíça contava com 19%, seguida pela Bélgica, Alemanha e Áustria, com valores entre os 8 e 10% (ACIME, 2005).

A origem dos fluxos de imigração para Portugal tem se alterado e diversificado. Entre a década de 70 e 90, predominaram os fluxos vindo do mundo lusófono: africanos oriundos dos PALOP e um contingente menor, porém estável, de brasileiros (Peixoto, 2004).

A entrada de Portugal na União Europeia foi decisiva para o aumento da imigração oriunda da Europa do Leste e de outros países exteriores às áreas de influência portuguesa.

A realização da Expo 98, a construção da Ponte Vasco da Gama e da Auto-estrada do Sul exigiram uma disponibilidade de mão-de-obra muito significativa e constituíram um atractivo para a chamada imigração económica (ACIME, 2005).

“Se, no caso da imigração africana, muitos dos fluxos já atingiram o patamar da reunificação familiar, os recentes fluxos de Leste são sobretudo compostos por homens em idade adulta – o mesmo sintoma da migração de trabalho que já descrevemos para a emigração portuguesa” (Peixoto, 2004, p. 11).

Isto é natural, pois uma primeira emigração temporária pode transformar-se em permanente com a reunificação familiar e a integração no país de acolhimento. É provável que, depois de um ciclo de imigração de trabalho, se solidifique um movimento de reunificação familiar. Poderá haver também um regresso de migrantes ou uma procura por destinos economicamente mais atractivos após o alargamento da UE. As políticas relativas à imigração parecem, também,

desempenhar um papel decisivo. Políticas efectivas para a integração promoveram a imigração e a reunificação familiar. Por outro lado, políticas restritivas dificultarão novas entradas e promoverão regressos e novas emigrações.

A imigração tem conhecido um forte crescimento nas últimas décadas. O carácter gradual do seu crescimento, desde o final da década de 70, contou com momentos de aceleração, resultantes também de processos de regularização extraordinária. Para controlar os fluxos migratórios e promover a integração e incorporação de imigrantes são implementadas políticas, e com o aumento da imigração irregular, os países têm recorrido a processos extraordinários de regularização.

Os objectivos destes processos extraordinários estão relacionados com a garantia do controlo da qualidade e quantidade de imigrantes indocumentados; a integração e melhoria da condição social do imigrantes sem papéis e/ou uma resposta a políticas internacionais. No caso de Portugal, estes processos extraordinários datam de 1992/93, 1996, 2001, 2003 e 2004.

Os emigrantes brasileiros contaram com um processo extraordinário específico, o chamado “Acordo Lula” (Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa) assinado em 2003. Este processo decorre do Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre Portugal e o Brasil, assinado em 2000 para a comemoração da “Descoberta” do Brasil. Foi a primeira vez que se implementou um processo extraordinário para apenas um grupo de imigrantes, o que gerou manifestações de descontentamento por parte dos outros grupos e acabaria por desencadear o processo de regularização extraordinária de 2004 (Padilla, 2007b).

Outra medida de destaque em relação à imigração foi a criação em 1995 do primeiro órgão governamental com funções específicas no domínio da integração de imigrantes e minorias étnicas: o ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. Em 2007, este órgão foi rebaptizado de ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.

Os fluxos de imigração vindos dos países do Sul estão intimamente ligados aos seus mercados de trabalho, que apresentam problemas endémicos de desemprego, subemprego e baixos rendimentos.

Como é fácil de imaginar, as características dos imigrantes variam muito com a nacionalidade e a posição no ciclo migratório. Um denominador comum que parece aproximar os imigrantes é a sua inserção profissional. A maior parte ocupa posições desqualificadas em sectores como a construção civil e os serviços de limpeza e domésticos.

A inserção na construção civil é explicada pelo tipo de funcionamento e regulação do sector, dominado por cadeias de subcontratação, existência de trabalho irregular, precariedade contratual e baixos rendimentos. Trata-se, portanto, de um sector pouco atractivo para os nacionais, que preferem deslocar-se para o estrangeiro ou para outras actividades (Peixoto, 2004).

A imigração tem-se apresentado como um contributo positivo para a actual situação demográfica, para o crescimento económico, para a sustentabilidade da segurança social e para o enriquecimento cultural de Portugal (ACIDI, 2007b). Além disto, o futuro da Europa depende da fertilidade, mortalidade e migrações. Com a fertilidade a baixar e a mortalidade a estabilizar, os fluxos migratórios acabam por influenciar as alterações demográficas de forma directa e, através da natalidade, de forma indirecta (Machado, 2007c).

Apesar de realçados os contributos positivos que advêm dos fluxos migratórios, estes geram, ao mesmo tempo, um sentimento de ameaça na população em geral. E nos discursos do quotidiano, veiculados pelos meios de comunicação social, raramente é realçada a riqueza de uma sociedade multicultural.

Segundo o Terceiro Relatório sobre Portugal levado a cabo pela Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância (Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância, 2007), há diferença no tratamento dado pela sociedade portuguesa aos imigrantes dos países da Europa de Leste comparativamente aos da África e América do Sul. Esta diferença pode estar relacionada com preconceitos e estereótipos racistas baseados na cor da pele, que afectam não só os imigrantes recém-chegados mas, também, os filhos de imigrantes já nascidos em Portugal.

Além disto, situações de discriminação contra os imigrantes e minorias étnicas têm tido lugar em matéria de acesso ao emprego, de desigualdade salarial, de acesso a estabelecimentos comerciais e/ou empréstimos, de acesso à habitação, aos cuidados de saúde, entre outros (Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância, 2007).

Acerca do futuro dos fluxos migratórios para Portugal talvez se possa adiantar o seguinte: “ (...) são caminhos sinuosos, e de desfecho incerto, os que se podem perceber. (...) Porém, mesmo admitindo que a imigração seja o cenário dominante no futuro, a existência de situações “mistas” poderá prolongar-se por muito tempo. Tal sucederá, com maior probabilidade, se existir maior pressão para a emigração, decorrente de uma deterioração das condições de vida em Portugal, e um menor fluxo de entradas, resultante de um possível “desvio” da imigração para os novos países da EU pós-alargamento e de políticas mais restritivas” (Peixoto, 2004, p.16-17).

Como acima foi dito, os fluxos migratórios não podem ser considerados de forma linear e, ainda que de forma não tão saliente, quando comparados com os números da imigração actual, os números da emigração portuguesa mantêm-se relevantes e contínuos (ACIME, 2005). Estima-se que existam 5 milhões de portugueses a residir fora do seu país de origem. Isto significa que para cada imigrante em território português existem dez emigrantes portugueses (Casa-Nova, 2005). Por isto, Portugal ainda pode ser considerado simultaneamente país de emigração e imigração (Rocha-Trindade, 2007).

Outro dado que a História nos ensina é que as condições que os emigrantes portugueses viviam assim como as suas motivações, são muito semelhantes à situação actual dos imigrantes que Portugal recebe (Santos, 2004b).

Os fluxos migratórios do Brasil para Portugal

Apesar de estarem inseridos nos fluxos migratórios para Portugal, os fluxos migratórios oriundos do Brasil possuem singularidades quando comparados com outras comunidades residentes no país. É importante salientar que, como comunidade imigrante, os brasileiros são reconhecidos como um grupo específico e não são agrupados nem confundidos com outras nacionalidades.

Como foi referido anteriormente, no passado, o Brasil foi um país receptor de imigrantes. Actualmente, o Brasil recebe imigrantes de países fronteiriços e um número relevante de refugiados vindos da África, Ásia e também da América Latina. Porém, a situação migratória sofreu uma reversão. O fluxo de maior relevância é o de saída de brasileiros (Bógus, 2007).

Migrar internamente era a saída mais conhecida pelos brasileiros. Mas a sucessão de crises económicas e políticas vividas pelo Brasil, nas décadas de 80 e 90, aumentaram a precariedade social no país. Em 2002, quase um terço da população vivia com um rendimento até meio salário mínimo *per capita*. Se somarmos a este grupo as pessoas sem rendimento, chega-se à estimativa de que 54 milhões de pessoas podem ser consideradas “pobres” no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002).

Apesar de números drásticos relativos à pobreza, a realidade mostra-nos que raramente os mais pobres conseguem emigrar (Padilla, 2007a). A emigração parece ser uma saída mais plausível para as pessoas das classes média e média-baixa. Ao defrontarem-se com oportunidades limitadas e desqualificadas nos mercados de trabalho nos países de origem, a emigração surge como solução, principalmente para os mais jovens, que acabam por se inserir nos mercados de trabalho dos países de destino. Porém, na maior parte dos casos, integram-se em actividades abaixo das suas qualificações profissionais (Malheiros, 2007).

As áreas geográficas que mais impelem brasileiros para o exterior são os Estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo e Paraná. Estados que compõem as regiões mais dinâmicas em relação à economia, mas que demonstram incapacidade de absorção no mercado de trabalho do contingente de jovens. Actualmente, verifica-se também um aumento do fluxo oriundo de outros estados como Goiás, Rondônia e do nordeste brasileiro (Diniz, 2005).

Como escapatória para esta realidade, cerca de 2 milhões de brasileiros deixaram o Brasil a partir de meados dos anos 80. Inicialmente, os principais destinos eram os Estados Unidos, o Japão, alguns países da União Europeia e os países do Cone Sul (Sales, 1999; Sasaki, 1999).

Estima-se que cerca de 4 milhões de brasileiros vivam no exterior e que grande parte esteja em situação irregular. Os destinos principais são EUA, Paraguai, Japão e países europeus (Ministério do Trabalho e Emprego, 2008).

Actualmente, são 200.000 em toda a Europa (Carneiro, Cristóvão, Machado, Malheiros & Peixoto, 2007). Estima-se que um número relevante de brasileiros esteja em situação de clandestinidade.

A presença da comunidade brasileira em Portugal não é recente. No censo de 1960, era a segunda maior comunidade de imigrantes, representando 22% do total de estrangeiros (Baganha & Marques, 2001). Entre os anos 60 e início dos 80, a comunidade brasileira diminuiu em termos relativos, para voltar a aumentar de forma expressiva a partir de meados dos anos 80. Este aumento estava relacionado com o regime ditatorial implementado no Brasil (Bógus, 2007). Outro aspecto que também caracteriza a imigração brasileira é a sua permanente renovação (Peixoto et al, 2007).

A língua, a proximidade cultural, a possibilidade de obter nacionalidade portuguesa por parte daqueles que tenham ascendência portuguesa, os investimentos recíprocos de empresas brasileiras em Portugal e empresas portuguesas no Brasil, a conquista de “nichos” de mercado de trabalho por profissionais brasileiros e as políticas de acordos bilaterais parecem ser os principais factores de atracção de brasileiros para Portugal (Vianna, 2001).

Além destes factores, as políticas restritivas impostas pelos EUA depois do 11 de Setembro, ao dificultarem a entrada de brasileiros no país, fizeram com que o fluxo, até então estável, de brasileiros para esse destino sofresse um desvio para Portugal, seja como destino final, seja como uma porta de entrada para outros países da União Europeia (Bógus, 2007).

Apesar disto, a imigração brasileira em Portugal é dividida em dois grandes momentos (Casa do Brasil de Lisboa, 2007). O primeiro data dos anos 80 até 1998 e caracteriza-se por uma imigração qualificada e masculina. O segundo momento, após 1998, envolve um número maior de imigrantes não qualificados e de ambos os sexos.

O fluxo de brasileiros cresceu quase nove vezes entre 1986 e 2003, formando uma das maiores comunidades estrangeiras a viver em Portugal. Mesmo considerando os imigrantes não documentados e os que já obtiveram a dupla nacionalidade, a comunidade brasileira é provavelmente a mais numerosa, juntamente com a cabo-verdiana e a angolana.

A primeira vaga migratória brasileira data da segunda metade dos anos 80 e anos 90 e era formada por um número relevante de população não trabalhadora, devido ao peso das mulheres não activas, reformados, e jovens com ascendência portuguesa mas sem a nacionalidade reconhecida. A população trabalhadora desta vaga era formada por pessoas com níveis de instrução elevados e com inserção nos segmentos mais qualificados e diversificados do mercado de trabalho português, como, por exemplo, os profissionais da propaganda, publicidade e informática (Malheiros, 2007).

Segundo o censo de 1991, em relação às qualificações académicas, os inquiridos brasileiros maiores de 15 anos declararam ter completado os seguintes níveis de escolaridade: 26,6% o ensino básico primário e preparatório, 38% o ensino secundário, 13,2% o bacharelato e 5,2% a licenciatura (Peixoto et al, 2007).

Em 1991, segundo o INE, a taxa de brasileiros que ocupavam sectores não qualificados era apenas de 5,3%. Já em 1999, esta taxa era de, aproximadamente, 57% (Bógus, 2007).

Em 2003, a Casa do Brasil de Lisboa realizou um estudo para recolha de dados junto da população brasileira, com a finalidade de obter uma caracterização sociológica dos imigrantes da segunda vaga residentes nos distritos de Lisboa e Setúbal. Esta segunda vaga compreende os anos de 1998 a 2003.

Neste estudo, averiguou-se que 36% da amostra não tinha documentação para a sua situação de imigrante, o que é indicador de que o número de brasileiros residentes em Portugal é consideravelmente maior do que o número apresentado pelas estatísticas oficiais.

Segundo este estudo, os imigrantes desta 2ª vaga têm, na sua maioria, entre 25 e 34 anos, emigraram sem a família e desempenham, predominantemente, as

seguintes funções: trabalhadores de comércio, de restauração e operários de construção civil.

A segunda vaga é formada por pessoas um pouco menos instruídas e com uma inserção laboral muito mais desqualificada do que as da primeira vaga (Pinho, 2007). O peso da população trabalhadora activa subiu para 2/3 dos brasileiros e o estabelecimento predominante na região de Lisboa indicia uma imigração mais laboral e económica e também a possibilidade de imigrantes indocumentados se diluírem no meio de uma população urbana (Malheiros, 2007).

Actualmente, há também a feminização dos fluxos migratórios oriundos do Brasil, com uma tendência crescente para mulheres que emigram sozinhas ou numa lógica familiar nem sempre ligada a pais ou maridos, mas para servirem de suporte financeiro à família no país de origem. Isto pode ser comprovado pelo facto do recurso jurídico-legal de reagrupamento familiar ser pouco utilizado no caso da comunidade brasileira. Em números oficiais, segundo o SEF, a proporção de imigrantes brasileiros era de 46% de homens para 54% de mulheres no ano de 2005 (Padilla, 2007a).

E, de facto, só recentemente a imigração feminina tem ganho maior visibilidade, deixando de ser, apenas, em função da imigração masculina (Sousa, 2007).

Na maior parte dos casos, são mulheres jovens que estarão inseridas nos segmentos do mercado de trabalho relacionados com o trabalho doméstico, restauração, sector de limpezas e com a assistência a doentes ou idosos (Wall, Nunes & Matias, 2005).

Outro sector de inserção (forçada ou voluntária) é o denominado comércio do sexo ou prostituição, que, apesar de não ser o mais expressivo, é o que marca a imagem das brasileiras.

Segundo Diniz (2005), a mulher brasileira sofre múltiplas discriminações por ser mulher, imigrante e brasileira. O estereótipo de ser mulher brasileira está ligado ao facto de ser vista como “mulher fácil”, “sexualmente disponível” e potencialmente prostituta. Este estereótipo é utilizado e vinculado nos meios de comunicação portugueses e, também, fomentado pelo turismo brasileiro na

venda da imagem do Brasil como Terra do Samba e Carnaval com mulheres bonitas e disponíveis.

Em relação às qualificações académicas, segundo o censo de 2001, os maiores de 15 anos declaravam ter completado os seguintes níveis de escolaridade: 27% o ensino básico primário e preparatório, 51% o ensino secundário, 4% o bacharelato e 10,4% a licenciatura. A segunda vaga pode não ter menores qualificações académicas do que a anterior, mas a inserção profissional é, prioritariamente, nos segmentos menos qualificados e mais precários do mercado de trabalho português. Tudo indica que os imigrantes ocupam lugares profissionais menos qualificados que as suas habilitações. Os três grandes grupos de actividades executadas por brasileiros são a construção civil, o comércio e a hotelaria/restauração (Peixoto et al, 2007; Machado, 2007b).

Estes dados revelam a tendência brasileira para a democratização da educação, mas que não é acompanhada pela criação de espaço, no mercado de trabalho, para absorver este grupo qualificado, impelindo muitos jovens para a procura de oportunidades em outros mercados de trabalho (Padilla, 2007a).

Em relação ao envio de dinheiro para o Brasil, as remessas enviadas pelos brasileiros no exterior somaram 5,2 mil milhões de dólares em 2003. Geralmente, este dinheiro é enviado para pais e parentes como auxílio para necessidades básicas das famílias. Outro objectivo das remessas é a garantia de um projecto futuro no país de origem. Ambas demonstram a forte ligação dos imigrantes com o país de origem (Rossi, 2007).

Outra diferença entre as duas vagas migratórias está relacionada com os canais utilizados pelos fluxos imigratórios. Anteriormente, serviam de estímulo as redes informais e de suporte. Actualmente, há indícios de um peso significativo de redes de contrabando e de tráfico humano (Peixoto et al, 2007). No caso brasileiro, na maior parte dos casos, o tráfico humano é composto por mulheres aliciadas e enganadas com o “sonho europeu”. Os angariadores financiam a viagem e a documentação necessária para as mulheres, que devem reembolsar esse valor em prestações através do trabalho na prostituição, muitas vezes com juros desmesurados e até de dívida eterna (Sabino & Pereira, 2005).

Estima-se que o número de pessoas que vive sob alguma forma de escravidão é de 12 milhões. Deste total, 80% são mulheres e 50% menores e este tráfico estaria direccionado, em grande parte, para a exploração sexual. Além disto, o tráfico gera 10 biliões dólares por ano (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

A par desta realidade, o Governo brasileiro lançou um programa de luta contra o tráfico de seres humanos há, aproximadamente, 2 anos e Portugal implementou o CAIM, um projecto de parceria entre governo e organizações, que tem como objectivo desenvolver um trabalho interinstitucional na área da prostituição e tráfico de mulheres para fins de exploração sexual. Com este projecto pretende-se a adopção de uma estratégia coordenada e de responsabilidades partilhadas no combate ao tráfico e no apoio e protecção às vítimas de crime (DJPJ, 2007).

Segundo dados oficiais do relatório do SEF, que contabilizam apenas a fracção legal da imigração e disponibilizam poucas variáveis da população (Peixoto et al, 2007), em relação ao ano de 2006, os brasileiros constituem a segunda maior comunidade estrangeira a residir legalmente em Portugal. Quanto ao tipo de documentação, 39.769 são portadores de Autorização de Residência, 7.719 são titulares de Autorizações de Permanência e 17.975 possuem Vistos de longa duração. E, apenas no caso do Brasil, o número de brasileiras (33.507) é maior que o de brasileiros (31.956) (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007).

Em relação ao asilo, o número de brasileiros que apresentou pedido de asilo entre 1998 e 2002 foi de 2 (Freitas, 2003). É um contraste em relação ao número expressivo de imigrantes brasileiros.

A contribuição dos brasileiros para a demografia portuguesa tem sido relevante, seja pelo número de nascimentos de filhos de mães brasileiras (1.909 em 2004), seja pelo número de jovens activos que ajudam a atenuar os processos de envelhecimento da população portuguesa (Malheiros, 2007).

Ainda assim, não se fala das questões da segunda geração no caso dos brasileiros. Porém, a presença mais duradoura dos imigrantes pode trazer novas nuances para esta comunidade (Bógus, 2007).

Neste momento, os fluxos migratórios brasileiros contam com a consolidação de redes sociais, com uma imagem mais positiva na sociedade portuguesa relativamente a outras comunidades e a existência de acordos bilaterais que privilegiam brasileiros e portugueses.

Em relação à integração, a imagem do imigrante brasileiro parece ser mais positiva e vista como mais próxima dos portugueses, quando comparada com a imagem de outras comunidades imigrantes, o que pode facilitar o relacionamento entre nacionais e brasileiros.

Os brasileiros são percebidos como pouco diferentes dos portugueses e mantêm relações próximas com estes no país de acolhimento, quando comparados com outras comunidades residentes em Portugal. Relativamente a estereótipos, os brasileiros são vistos pelos portugueses como simpáticos, alegres e bem dispostos. Por outro lado, são associados a falta de competência, desonestidade e prostituição (Silva et al, 2007).

A estagnação económica e o aumento do desemprego em Portugal fazem com que aumente o nível de tensão entre nacionais e imigrantes. Quando confrontados com os números da imigração, 52,3% dos portugueses concordam que o número de imigrantes deveria diminuir e 41% que este número deveria estabilizar. A estagnação ou recessão da economia reflecte-se na forma como as pessoas se relacionam, com reflexos negativos para aqueles que são considerados os “outros”, e neste grupo estão os imigrantes (Silva et al, 2007).

Em relação ao futuro da imigração, o saldo migratório positivo passou a ser a principal componente das alterações demográficas na maioria dos Estados-Membros desde os anos 90. É pouco provável que os fluxos migratórios para a Europa diminuam num futuro próximo. A situação da Europa caracteriza-se cada vez mais pela carência de mão-de-obra e de qualificações e pela procura de mão-de-obra altamente especializada numa lógica da globalização e do envelhecimento acelerado da população europeia (Conselho da União Europeia, 2007).

Sobre o futuro dos fluxos migratórios do Brasil para Portugal, a previsão é a de que a curto prazo continuarão significativos. Os factores que poderão influenciar o aumento ou a diminuição do fluxo estão ligados às economias, tanto do Brasil

como de Portugal, e às políticas migratórias. Outra hipótese é a do aumento de mobilidade dos brasileiros entre Brasil, Portugal e um terceiro país da UE. E, se as políticas se mantiverem nos mesmos parâmetros, é provável que aumente a imigração irregular. Da mesma forma, o elevado número de imigrantes brasileiros residentes em Portugal permitirá a consolidação de redes informais, que poderão influenciar a vinda de mais brasileiros (Carneiro et al, 2007).

Os laços com Portugal (herança histórica, cultura e língua) podem pesar na escolha do país de destino, mas o desempenho da economia e das políticas migratórias desempenharão um papel fundamental para a vinda e permanência de mais brasileiros.

Migrações e Saúde

Saúde Mental

“The statistics on sanity are that one out of every four persons is suffering from some form of mental illness.

Think of your three best friends. If they’re okay, then it’s you.”

(Rita Mae Brown, cit. por Maroco, 2007)

O processo migratório é potencialmente traumático, configurando uma situação de crise. Migrar requer construir, desconstruir e reconstruir. A própria identidade está em jogo e em risco. Entrar em contacto com novas culturas e diferentes formas de estar propicia o conflito com o que foi aprendido e apreendido como certo. Este encontro com a diferença pode tornar-se ameaçador, dependendo da estrutura do sujeito (Grinberg & Grinberg, 1996).

Porém, neste encontro com a diferença, o sujeito pode também enriquecer-se, integrando o que há de mais adequado para si em cada cultura (Tarud, 2004).

A imigração não pode ser considerada como um acontecimento isolado. Muitas variáveis estão em jogo ao longo deste processo. Salientamos que a idade em que se migra, se decorre acompanhado ou sozinho, se foi uma decisão do sujeito ou não, se a migração é sentida como algo definitivo sem possibilidade de retorno ou se, por outro lado, o processo é sentido como reversível, a existência ou não de rede social no país de destino e o nível de ensino são variáveis importantes a serem consideradas no curso deste processo (Kristiansen et al, 2006).

Mas todas estas variáveis dependem, a priori, da história de vida, da personalidade e da etapa do desenvolvimento emocional em que se encontra o sujeito (Grinberg et al, 1996).

A experiência individual da imigração é vivida como uma série de rupturas, que trazem consequências em todas as áreas de vida do sujeito. Por vezes, a

experiência de “ser um habitante de dois mundos” (metáfora utilizada para significar a experiência de viver, ao mesmo tempo, na realidade concreta do país de destino e nos laços vivos do país de origem) pode trazer sentimentos contraditórios e até dolorosos. Principalmente, se a experiência for de inadaptação em ambos (Eaton & Harrison, 2000).

Este capítulo será dedicado as relações entre a saúde mental e o fenómeno migratório.

A saúde mental é considerada parte integrante da saúde geral e não deve ser encarada como uma entidade em separado. Reflecte a interacção entre a pessoa e o meio que a rodeia e sofre influência de uma gama de factores como: género, idade, estado civil, etnicidade e nível socioeconómico (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Na definição actual estão incluídas características como o bem-estar psicológico, a alegria, o prazer de viver e a felicidade (Ribeiro, 2001).

A saúde mental é considerada uma prioridade para a saúde pública e é crucial para o bem-estar das pessoas e das sociedades. Perturbações da saúde mental representam um peso para as próprias pessoas e respectivas famílias (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

A saúde mental positiva é considerada “*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*” (WHO, 2001, cit. por Jané-Llopis & Anderson (Eds), 2006).

Três dimensões fazem parte da saúde mental: a positiva e a negativa, que engloba o *distress* psicológico e as perturbações mentais. A dimensão positiva está relacionada com auto-estima, optimismo, sentimento de coerência, por exemplo (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Em relação à dimensão negativa, o *distress* psicológico é considerado a presença de sintomas relacionados, por exemplo, com a depressão e ansiedade. Estes sintomas são comuns e transitórios, influenciáveis pelos eventos de vida. Apesar de apresentar estes sintomas, a pessoa não preenche nem vai preencher, a maior parte das vezes, um diagnóstico de perturbação psiquiátrica.

Estes sintomas podem ser medidos através de “ckecklists” e é uma dimensão contínua (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

As perturbações mentais são descritas e classificadas através de síndromas, cujos sintomas têm duração, severidade e funcionalidade que vão corresponder a diferentes grupos diagnósticos. As classificações mais utilizadas são a *International Classification of Disease* (ICD10) e a *Diagnostic Statistical Manual Version IV* (DSM-IV) (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Para cada dimensão da saúde mental, existem diferentes instrumentos de medida.

Estima-se que, no mundo, cerca de 450 milhões de pessoas sofram de alguma perturbação mental. De acordo com esta estimativa, mais de 150 milhões de pessoas sofrem ou sofrerão de depressão em algum momento da vida, 25 milhões sofrem de esquizofrenia, 90 milhões de problemas relacionados com o uso de álcool ou drogas e, aproximadamente, 1 milhão de pessoas cometam o suicídio todos os anos. Os custos dos problemas relacionados com a saúde mental nos Estados Membros da EU variam entre 3% a 4% do produto nacional bruto (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Estudos também sugerem que um em quatro europeus sofre ou sofrerá de alguma perturbação da saúde mental, pelo menos, uma vez ao longo da sua vida (Jane-Llopis & Anderson, 2006).

Além disto, as perturbações mentais estão entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo (Wang et al, 2007).

No Brasil, os estudos epidemiológicos apontam para as seguintes estimativas: 9% para as perturbações de ansiedade, 3% para as perturbações somatoformes, 2,6% para as perturbações depressivas (na população feminina) e 8% para a dependência do álcool (população masculina) (Medeiros, Filha & Vianna, 2006).

As perturbações da saúde mental variam em relação ao género. As mulheres apresentam maiores taxas de depressão e ansiedade enquanto homens apresentam maiores taxas em relação ao abuso de substâncias, as

perturbações anti-sociais e a taxa de suicídio. As mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam maiores níveis de *distress* psicológico e maior probabilidade de desenvolverem uma perturbação mental em quase todos os países da EU. Em Portugal, esta diferença é ainda maior que os outros países. A desigualdade económica entre mulheres e homens contribui negativamente para a saúde e pode estar associada à depressão (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Em geral, ser casado ou em união de facto está mais associada a melhores níveis de saúde mental do que ser solteiro, divorciado ou viúvo. Assim como, pessoas com nível socioeconómico baixo apresentam piores níveis de escolaridade, desvantagem material e desemprego e apresentam maiores frequências de depressão e ansiedade (seja como síndrome seja separadamente). Nenhum estudo encontra uma relação inversa entre o nível socioeconómico e as dimensões da saúde mental (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Outros factores importantes: a infância, doenças físicas, acontecimentos de vida, condição laboral e redes sociais.

A imigração levanta questões como o multiculturalismo, assimilação, estatuto jurídico dos imigrantes, cidadania, participação, discriminação e desvantagem que vão ter impacto na saúde geral e mental dos imigrantes (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

A revisão de literatura aponta para preponderância de estudos que relacionam esquizofrenia e migrações. A maior parte dos estudos epidemiológicos europeus desenvolvidos na temática da saúde mental dos imigrantes centram-se na esquizofrenia (Bhugra, 2000). Muitos descrevem maiores taxas de internamento e maior prevalência do quadro clínico em alguns grupos de imigrantes (Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2007).

Achotegui (2000) propõe até uma nova classificação psicopatológica específica, denominada “Síndrome de Ulisses”. Defende que os imigrantes estariam predispostos a um quadro com sintomatologia depressiva com características atípicas, em que os sintomas da depressão se misturariam com os sintomas de tipo ansioso, somatoforme e dissociativo.

Para Lecher (2007), esta nova “doença” descrita por Achotegui não faria justiça à experiência de sofrimento dos migrantes, sendo redutora e provocando a homogeneização daquilo que realmente marca a experiência de migrar.

Para a pessoa que emigra, tudo se modifica. Desde as relações pessoais e profissionais à alimentação, língua, hábitos culturais.

Ao imigrar, a pessoa tem que enfrentar inúmeros desafios. Podem estar relacionados com a língua do país de destino, com as diferenças culturais, com as Leis da imigração, com a separação da família, companheiros ou filhos e as consequentes saudade e ansiedade e, muitas vezes, a falta de integração na comunidade (Tarud, 2004).

Segundo o *Health and Consumer Protection Directorate General* (2004), os imigrantes teriam que enfrentar sete perdas principais: família e amigos, língua materna, cultura, terra, perda do estatuto, perda do contacto com o grupo étnico e exposição a riscos físicos.

Na literatura, como referido anteriormente, foram desenvolvidos diversos estudos centrados nas taxas das perturbações psiquiátricas, especialmente esquizofrenia, nas comunidades imigrantes, especialmente, a partir da década de 70 (Haasen, Lambert, Yagdiran & Krausz, 1997). Alguns estudos referem que a migração pode ter um impacto negativo na saúde mental dos imigrantes, sugerindo que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a sofrer de doenças mentais, nomeadamente depressão, esquizofrenia, stress pós-traumático, como resultado de diversos factores de stress presentes ao longo do processo de migração. Carpenter e Brokington (1980) descreveram que as taxas de perturbações psiquiátricas entre imigrantes eram duas vezes mais altas que a população nacional.

O processo imigratório tem sido considerado um factor etiológico na génese da esquizofrenia (Bhugra, 2000). Odersgaard (1932, cit. por Bhugra, 2000) observou que a taxa de internamento por esquizofrenia era muito maior entre os noruegueses que haviam emigrado para os Estados Unidos que os que não haviam emigrado.

O artigo “*Migration and mental health in Europe*” (Carta et al, 2005) lança luz sobre o estado da saúde mental dos imigrantes na Europa. Recorrendo a um grupo de peritos de diversos países da União Europeia, e à bibliografia publicada, o artigo tenta sistematizar as necessidades de saúde mental dos imigrantes na Europa. Há diferenças entre a imigração do Norte e a do Sul da Europa. Os países do Norte têm um longo historial como receptores de imigrantes, principalmente vindos de outros países da Europa, e um número relevante de refugiados. Os países do Sul têm uma história mais recente de imigração e recebem imigrantes que vêm, principalmente, de fora da Europa e apresentam motivos económicos para a emigração.

No Reino Unido, o número de internamentos devidos a quadros de esquizofrenia é maior para pessoas provenientes das Caraíbas, Irlanda e Polónia do que para os nacionais. Foram descritos resultados relacionados com o impacto negativo da imigração em relação aos níveis de stress, porém as taxas de risco de esquizofrenia são mais elevadas para as segundas gerações. Este aumento coloca questões sobre o peso dos factores sociais na evolução da doença. Por exemplo, as jovens indianas apresentam taxas de suicídio mais elevadas quando comparadas com os homens indianos imigrados e também com as jovens que permanecem no país de origem. As causas desta diferença estariam relacionadas com depressão, ansiedade e violência doméstica (Carta et al, 2005).

Na Alemanha e Áustria, verificou-se que a probabilidade de erro de diagnóstico clínico era maior entre imigrantes, por causa da dificuldade dos mesmos em se expressarem na língua do país de destino. Para colmatar este facto, alguns serviços de saúde alemães passaram a fornecer atendimento na língua materna do utente (Carta et al, 2005).

Em relação à esquizofrenia, autóctones e imigrantes de primeira geração residentes na Suécia e restante Escandinávia apresentam o mesmo risco de desenvolver a doença, porém o risco para os imigrantes de segunda geração foi maior. O internamento psiquiátrico de longa duração e a toma de drogas psicotrópicas aumentou entre os imigrantes que viviam sozinhos, não dominavam a língua do país de destino e estavam desempregados (Carta et al, 2005).

Em Espanha, as perturbações depressivas são a segunda causa de consultas médicas entre os imigrantes indocumentados (Esteban Peña, 2001).

Na Suécia, imigrantes apresentaram maior risco para o *distress* psicológico e para os sintomas psicossomáticos que a população nacional (Bayard-Burfield, Sundquist, Johansson & Träskman-bendz, 1999).

Cochrane e Bal (1987, cit. por Bhugra, 2000) encontraram taxas de internamento por esquizofrenia mais altas entre irlandeses, indianos, paquistaneses e africanos quando comparados com a população autóctone do Reino Unido.

Os imigrantes afro-caribenhos na Inglaterra estão em risco maior tanto de esquizofrenia como mania (Sharpley, Hutchinson, Mc Kenzie & Murray, 2001, cit. por Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Na revisão de literatura sobre imigração e saúde mental em países da UE e conduzida por Claassen (2005), foram encontrados 13 artigos relativos à Alemanha, 4 à Itália e 95 ao Reino Unido entre 1996 e 2004. A maior parte dos artigos tinha como questão aceder as taxas de utilização dos serviços pela população imigrante. O estudo considerado mais consistente foi o que aponta para as altas taxas de internamento na população afro-caribenha no Reino Unido.

Em muitos destes estudos foram encontradas sérias questões em relação à metodologia utilizada, a utilização de amostras muito pequenas e critérios inespecíficos de inclusão no estudo (Claassen, Ascoli, Berhe & Priebe, 2005).

Em relação ao número relevante de artigos encontrados no Reino Unido, a explicação pode residir na forte cultura da investigação na área da saúde mental no país e no grande número de investigadores que são, eles próprios, imigrantes (Claassen et al, 2005).

Eaton e colaboradores (2000) identificaram 17 estudos realizados no Reino Unido e na Holanda. Eram estudos representativos e comparavam a incidência de esquizofrenia entre autóctones e imigrantes. As taxas de incidência dos estudos variaram entre 1.7 (a mais baixa) e 13.2 (a mais alta). Do total de estudos, 15 foram feitos com imigrantes africanos.

Além disto, apresentam o termo *ethnic disadvantage*, que é a privação de recursos relacionada com indicadores étnicos (cor da pele, país de origem, religião, etc.), facilmente identificáveis. A desvantagem étnica e as diferenças culturais podem ser duas formas de explicar as diferentes incidências para a esquizofrenia (Eaton et al, 2000).

Em relação à Holanda, a incidência e a prevalência da esquizofrenia nas comunidades imigrantes têm aumentado, principalmente nos imigrantes oriundos de Marrocos, Suriname e Antilhas Holandesas. Apesar deste dado, outro estudo aponta para a subutilização dos serviços de saúde mental por parte das mulheres imigrantes em comparação com as mulheres autóctones (Carta et al, 2005).

Porém, nem sempre estes resultados são consistentes e são relativos a todos os imigrantes (Haasen et al, 1997). Selten e Sijben (1994), por exemplo, encontraram taxas maiores de esquizofrenia em alguns grupos de imigrantes, mas não nos imigrantes turcos e nem nas imigrantes marroquinas.

Em contrapartida, num estudo alemão, os imigrantes “trabalhadores convidados” apresentaram uma menor prevalência de perturbações psiquiátricas, inclusive esquizofrenia, quando comparados com a população alemã. Para Haasen e colaboradores (1997) isto pode ser explicado pelo processo selectivo que os trabalhadores convidados tinham que se submeter antes de emigrarem. Para serem seleccionados, o estado de saúde era um critério decisivo.

No estudo levado a cabo por estes autores em Hamburgo, a taxa de internamento de imigrantes foi inferior que a proporção da população imigrante residente na cidade. Em relação aos internamentos, 41,4% receberam o diagnóstico de esquizofrenia. Isto pode ser explicado de várias formas: a influência de factores etiológicos no desenvolvimento do quadro, o uso diferenciado dos serviços disponíveis (os imigrantes só procurariam os serviços de saúde mental neste caso) e o diagnóstico errado de alguns quadros clínicos (Haasen et al, 1997).

As questões de género também devem ser levadas em consideração. Como referido anteriormente, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade a

sintomas ansiosos e depressivos. Actualmente, a depressão é a doença que mais incapacidade causa nas mesmas (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

Além disto, o número de mulheres imigrantes tem vindo a aumentar consideravelmente. No contexto de precariedade económica e social, há um aumento da probabilidade de casos de violência, exploração laboral e sexual, que trazem consequências negativas para a saúde e para a saúde mental (Andrade et al, 2006).

Numa amostra de imigrantes indianas em Londres, foi descrita uma baixa taxa de reconhecimento de perturbação mental, pois quando comparadas com a população autóctone, a taxa é similar (Jacob, Bhugra, Lloyd & Mann, 1998).

Mulheres imigrantes do Suriname, Antilhas, Turquia e Marrocos utilizaram menos os serviços de saúde mental quando comparadas com as mulheres nacionais na Holanda (Have, & Bijl, 2002, cit. por Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Em relação às imigrantes turcas, foi descrito que comunicam o *distress* pela via corporal e somática, emocional e social. A dor, neste caso, seria vista como um sintoma chave, mas raramente aceite um diagnóstico de saúde mental (Baarnhielm & Ekblad, 2000).

Especialmente nestes últimos casos, as diferenças de taxas encontradas entre os diversos grupos de imigrantes e da população autóctone podem ser explicadas através das diferentes expressões e percepções de saúde, doença e cura nas diversas culturas. Segundo Kirmayer (1989), deve-se ter em conta que a forma de sentir e expressar o sofrimento, a doença sofrem a influência da cultura.

Também para Bhurga (2000), alguns resultados dos estudos sobre a saúde mental nos imigrantes podem ser considerados consistentes, mas, por outro lado, muitos estudos não levaram em consideração as diferenças culturais e foram baseados em estatística hospitalar em vez de utilizarem entrevistas clínicas.

Para explicar as diferenças de taxas de esquizofrenia entre imigrantes e minorias étnicas e população autóctone foram formuladas algumas hipóteses.

Uma estaria relacionada com as altas taxas de esquizofrenia nos países de origem e com factores biológicos. A outra teria relação com o fenómeno de que emigrariam apenas os mais vulneráveis a desenvolver esquizofrenia. Estas hipóteses são refutadas no facto de que as taxas encontradas nos países de origem não são mais elevadas e, também, nos resultados de alguns estudos que descrevem taxas ainda mais elevadas da perturbação nas segundas gerações (Bhugra, 2000).

O processo migratório gera stress, mas como as taxas de esquizofrenia são mais elevadas nas segundas gerações, isto aponta para o peso de outros factores sociais no desenvolvimento da doença (Bhurgá, 2000).

O peso dos determinantes socioeconómicos tem ganho relevância no estudo das migrações e estado de saúde. Isto porque, em geral, os imigrantes estão em situação mais precária do que a população autóctone. Em relação às habitações, residem em zonas degradadas, isoladas e sem infra-estruturas básicas. No mercado de trabalho, a inserção em segmentos mais informais propicia a exploração e a exposição a riscos e doenças. Além disso, são pessoas sem mecanismos de protecção no trabalho e protecção social, e acesso limitado aos cuidados de saúde. É um grupo que está mais exposto às situações de discriminação e estigmatização. A associação destes determinantes à experiência de ruptura, vivida ao deixar o seu país e os seus laços, o “migrante saudável” torna-se vulnerável.

O contexto social e o meio ambiente onde está inserido o imigrante têm um peso relevante no aumento do risco de morbilidade (Shin, 1994; Hjern, Wicks & Dalman, 2004; Grusser, Wolfling, Morsen, Albecht & Heinz, 2005;). O baixo estatuto socioeconómico, as condições precárias, a falta de suporte social e as situações de clandestinidade são indicadores de risco acrescido para a saúde mental dos imigrantes (Eaton et al, 2000). Além disto, perturbações da saúde mental e comportamentos de risco podem ser percebidos como uma consequência da adaptação à sociedade de acolhimento (Kristiansen et al, 2006).

A insegurança laboral, o desemprego e as condições de trabalho estão relacionados com pior nível de bem-estar psicológico e de saúde mental (Iglesias, Robertson, Johansson, Engfeldt & Sundquist, 2003).

Da mesma forma, as desigualdades habitacionais e laborais, associadas a contextos de pobreza e exclusão social, reduzem as oportunidades de acesso à educação, à informação e aos serviços de saúde e sociais.

Levecque e colaboradores (2007) utilizaram o Inquérito Nacional de Saúde Belga, do ano de 2001, para comparar a prevalência da depressão e da ansiedade na população Belga e nas comunidades imigrantes.

Os sintomas depressivos e a ansiedade foram mais prevalentes nos imigrantes turcos ou marroquinos quando comparados com a população belga e outros grupos de imigrantes vindos de países da UE. Este resultado pode ser explicado pela posição desfavorável deste grupo em relação ao mercado de trabalho, nível de escolaridade e rendimentos quando comparados à população belga (Levecque et al, 2007).

E, de certa forma, esta desvantagem social e a exposição a situações de discriminação tornar-se-iam crónicas e aumentariam, de forma gradual, o risco de psicose nos imigrantes (Bhugra, 2000).

Foi também descrito que os dois primeiros anos do processo migratório constituem um período crítico, em termos psicológicos, para o imigrante. Mas esta fragilidade pode prolongar-se por mais anos (Fonseca, 2005).

Como referido anteriormente, os imigrantes não devem ser tratados de forma homogénea (Grove & Zwi, 2006) e há variáveis, como o motivo da migração, as diferenças entre a cultura da sociedade de acolhimento e a do país de origem, a existência de redes sociais de apoio e o estatuto jurídico-legal do imigrante, que são importantes para definir o grau de risco para a saúde mental.

Em relação aos refugiados, a maior parte desenvolve quadros de ansiedade, depressão, ataques de pânico, agorafobia e/ou stress pós-traumático (Carta et al, 2005). A incidência da esquizofrenia neste grupo também é elevada (Claassen et al, 2005) e segundo o *Brent and Harrow Refugee Survey* (1995, cit. por Health and Consumer Protection Directorate General, 2004), 2/3 dos refugiados sofre de depressão e/ou ansiedade.

Os imigrantes “ilegais”, estatuto promovido pelas políticas de repressão à imigração, estão por toda a Europa e vêm (ou são atraídos) para trabalhar em

sectores onde predomina a precariedade, os baixos salários, e para desempenhar tarefas desgastantes. A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) estima que todos os anos chegam à União Europeia aproximadamente meio milhão de imigrantes sem documentos, para trabalhar na Europa, atraídos por uma vida melhor para si próprios e para os seus agregados familiares. Por outro lado, o Centro Internacional sobre Desenvolvimento de Políticas Migratórias estima que perto de 2.000 migrantes morram ao atravessar o Mediterrâneo (Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais, 2005). Em geral, os “ilegais” vivem em situação precária e desumana, contrariando qualquer declaração de Direitos Humanos (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Além de que, no caso dos imigrantes irregulares, a falta de documentação leva ao medo de prisão e repatriamento. Há quem tenha contraído dívidas para levar a cabo o projecto de migrar. Estas dívidas vão sendo pagas com o dinheiro dos primeiros salários auferidos no país de destino. Ser repatriado é assistir ao desmoronar do sonho de uma vida melhor para si e para a sua família.

Segundo estimativas não oficiais, mais de 3 milhões de imigrantes na Europa podem ser considerados irregulares (El País Journal, 2003, cit. por Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Ainda pouco se investigou o impacto na saúde mental dos imigrantes quando retornam aos países de origem ou quando se aposentam. No estudo de Carey-Wood & Duke (1995, cit. por Health and Consumer Protection Directorate General, 2004), os idosos oriundos da Sardenha que haviam emigrado, apresentavam um maior risco de distímia quando comparados com aqueles que não haviam emigrado.

Não há dúvida de que as populações imigrantes representam um grande desafio para os serviços de saúde mental (Claassen et al, 2005).

A OMS previa o crescimento de casos de perturbações psiquiátricas entre os imigrantes a residir em países europeus e apontava a falta de preparação dos serviços formais de saúde para responder a esta questão (WHO, 2001).

O principal instrumento dos serviços de saúde mental é a linguagem. Como a maior parte dos serviços de saúde mental funciona apenas na língua do país de acolhimento, poderá haver uma dificuldade efectiva de comunicação entre os profissionais e os utentes. Esta barreira, para além de aumentar a probabilidade de erro diagnóstico, exclui os utentes que não dominam a língua dos serviços.

Foi identificada uma lacuna importante, numa revisão da literatura, em relação à formação dos profissionais de saúde e saúde mental que prestam cuidados a imigrantes, para além da falta de intérpretes e de mediadores socioculturais, obrigando à utilização de familiares e/ou amigos com melhor domínio da língua, o que gera restrições e questões éticas (Fonseca, 2005; Carta et al, 2005).

Além disto, no caso do acesso aos serviços de saúde mental, podem acrescentar-se outras barreiras como a falta de informação sobre os serviços específicos, a dificuldade em comunicar noutra língua e a questão do estigma.

O uso dos serviços é um dos determinantes da saúde mental. Além do mais, a saúde mental tem que ser vista como uma prioridade para a saúde pública na Europa. Por isto, desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental por alguns grupos em desvantagem (como os imigrantes) deve ser uma preocupação para os Estados Membros. E cada país deve desenvolver estratégias específicas para reduzir esta lacuna (Health and Consumer Protection Directorate General, 2004).

Saúde e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Comunidades Imigrantes

O estado de saúde é o produto de uma rede complexa de relações e de determinantes. Estão em jogo factores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais, económicos, políticos, culturais, comportamentos e estilos de vida (Dias & Gonçalves, 2007). No caso dos imigrantes, também os factores inerentes ao processo migratório influenciam o estado de saúde.

A cultura marca a percepção que se tem da saúde e a forma como se entende e experimenta a doença (Santos, 2004a).

No conjunto das diferentes culturas, pode-se encontrar uma variedade de diferentes conceitos em relação à saúde. A definição da OMS para saúde é o

estado de completo bem-estar físico, mental e social. Não significa apenas ausência de doença. Nesta definição está já contemplada a dimensão da saúde mental, que está relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção de perturbações mentais e o tratamento e reabilitação de quem está afectado por essas perturbações (WHO, 2007).

Uma das revoluções na Saúde surgiu da evidência de que as principais causas de mortalidade e morbilidade estavam associadas ao comportamento humano. Por isto, as crenças, atitudes, motivações e variáveis de referência pessoal vão desempenhar um papel importante na saúde e doença das populações (Ribeiro, 2001).

Cada vez mais, o comportamento humano tem ganho preponderância enquanto elemento activo e decisivo no processo de adoecer ou de ser saudável no mundo moderno e, principalmente, nos países desenvolvidos (Ribeiro, 2004).

O processo migratório tem influência na saúde geral e saúde mental. Tanto os factores que empurram as pessoas para fora de seus países de origem como os factores que atraem os países de destino afectam o processo migratório assim como a saúde dos imigrantes (Kristiansen et al, 2006).

Mas, não é claro que o imigrar por si só pode ser considerado um factor de risco independente para a saúde (Iglesias et al, 2003).

Outro factor de influência para a saúde é ser portador de uma doença crónica (Miilunpalo, cit. por Iglesias et al, 2003). A presença de doença crónica também está associada à piora da qualidade de vida de uma população (Castro, Caiuby, Draibe & Canziani, 2003).

O nível de ensino pode ser considerado um factor de influência para a saúde. Quanto maior o nível de ensino melhor será o nível de saúde (Iglesias et al, 2003).

Na vida moderna, a profissão e a posição no mercado de trabalho são determinantes do nível de saúde (Arber, 1996, cit. por Iglesias et al, 2003).

O conhecimento sobre a saúde dos imigrantes é limitado. Isto porque, muitas vezes, os imigrantes são excluídos dos estudos por razões como: o

desconhecimento da língua materna por parte dos entrevistadores, a ausência de intérpretes e o aumento dos custos do estudo para incluir os imigrantes. Além disto, os próprios imigrantes podem ser difíceis de envolver por não sentirem confiança no contacto com a sociedade de acolhimento e suas instituições (Kristiansen et al, 2006).

Ainda assim, nos estudos disponíveis, os resultados apontam para a maior morbilidade entre os imigrantes, principalmente, em relação às perturbações da saúde mental, depressão, stress pós-traumático, ansiedade e algumas doenças infecciosas (tuberculose e hepatite b) e doenças crónicas (diabetes, por exemplo) (Kristiansen et al, 2006).

Em um estudo observacional descritivo acerca dos motivos de consulta de imigrantes irregulares em um *Centro Municipal de Salud da cidade de Madrid*, entre 1996 e 1999, apontou que 67% eram mulheres, a média de idade de 35 anos e 76% das pessoas eram oriundas da América do Sul. Acerca dos motivos, 18% estavam relacionadas com infecções respiratórias agudas e 11% perturbações depressivas e ansiosas (Esteban Peña, 2001).

Em relação às doenças infecciosas, doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, alguns estudos sugerem que as comunidades imigrantes estarão em maior risco de contrair estas doenças quando comparadas com a população nacional (Dias et al, 2007).

Porém, o efeito da migração na saúde é controverso. Nem sempre as comunidades imigrantes apresentam piores resultados quando comparados com a população autóctone e com as segundas gerações de imigrantes (Bhugra, 2000). Este fenómeno tem sido denominado o “efeito do imigrante saudável” (Iglesias et al, 2003; Kristiansen et al, 2006; Dias et al, 2007).

Em geral, quem migra pertence aos grupos saudáveis da população do país de origem. Este panorama é alterado no país receptor, no qual os imigrantes passam a pertencer aos grupos mais vulneráveis no que diz respeito ao estado de saúde (Kandula, Kersey & Lurie, 2004).

Isto decorreria de factores como: stress psicológico e social (resultantes de diferenças culturais, irregularidade, mudanças no meio, desconhecimento da

língua do país, falta de confiança e informação, etc.), pobreza e riscos no trabalho, condição da habitação, entre outros (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

A irregularidade jurídica promove riscos para a saúde dos imigrantes por causa do recurso à automedicação e pela exploração laboral (Esteban Peña, 2001).

Os imigrantes podem estar expostos a riscos para a saúde antes, durante e depois de deixarem os países de origem. Estes riscos podem ser resultantes de guerras, pobreza, tortura, longos períodos em campos de refugiados, desconhecimento da língua do país de destino e das diferenças culturais, discriminação e marginalização, entre outros. O impacto destes factores pode ser directo ou indirecto (através de comportamentos de risco para a saúde (Kristiansen et al, 2006).

Segundo o Comité Económico e Social Europeu (2007), a taxa de acidentes laborais é duas vezes mais alta em imigrantes do que quando comparado com a população autóctone. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, os homens imigrantes separados de suas esposas apresentam uma incidência maior em relação às mesmas.

Migrantes estão mais vulneráveis a distúrbios mentais, distúrbios coronários, respiratórios e diabetes (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

Bayard-Burfield, Sundquist e Johansson (2001) afirmam que os não nacionais reportam piores níveis de saúde, maior prevalência de doenças prolongadas e maiores taxas de tentativa de suicídio quando comparados com a população nacional na Suécia.

Num estudo espanhol, foi analisado o perfil da saúde, estilo de vida e uso dos serviços de saúde na população imigrante residente na Espanha. Este estudo foi baseado no Inquérito Nacional de Saúde Espanhol. Os resultados apontaram para a não existência de diferenças significativas em relação às doenças nos imigrantes e autóctones. Porém, a população autóctone apresentou maior consumo de álcool, tabaco e medicamentos em relação aos imigrantes. Em contrapartida, os imigrantes apresentaram maiores taxas de hospitalização nos últimos 12 meses. Não foram apresentadas evidências de que este uso foi

excessivo ou inapropriado (Carrasco-Garrido, Miguel, Barrera & Jimenez-Garcia, 2007).

Segundo Carrasco-Garrido e colaboradores (2007), na Espanha, para os imigrantes, sejam regulares ou irregulares, está garantido o acesso ao sistema de saúde e não há dificuldades ou barreiras em aceder estes serviços. Apesar das necessidades relativas à saúde serem próximas entre imigrantes e população autóctone, e não terem sido identificadas de barreiras no acesso aos cuidados, foram identificadas desigualdades na inserção social e económica dos imigrantes.

Em relação aos resultados encontrados, como a informação é dada pelos participantes, não se pode desconsiderar algumas respostas podem ser socialmente condicionadas (Carrasco-Garrido et al, 2007). Além disto, o tempo de residência não foi considerado e pode ser que os imigrantes respondentes poderiam estar a viver há muitos anos na Espanha, representando, assim, um viés na amostra. Outra questão levantada foi acerca da percentagem de não resposta do estudo (67%) e as pessoas que recusaram a participação no estudo forma identificadas como homens, não nacionais, entre os 40 e 65 anos.

As relações entre a saúde da mulher e o fenómeno migratório têm sido cada vez mais estudadas, porém o conhecimento ainda é limitado. Mas os factores inerentes às migrações têm influência directa ou indirecta na saúde das mulheres (Iglesias et al, 2003).

Apesar das mulheres apresentarem uma maior longevidade em comparação aos homens, nas mesmas circunstâncias, são elas que apresentam também maior morbilidade ao longo da vida (Iglesias et al, 2003).

No estudo levado a cabo por Iglesias e colaboradores (2003), comparou-se o nível de saúde e os sintomas psicossomáticos reportados pelas mulheres imigrantes e autóctones. O país de nascimento foi considerado um factor de risco para a saúde e para os sintomas psicossomáticos. Os grupos de mulheres imigrantes apresentaram piores resultados quando comparadas com as autóctones.

Além disto, as mulheres imigrantes apresentaram piores condições de residência e trabalho e, ainda, trabalhavam mais horas que as nacionais. As imigrantes desempregadas e solteiras apresentaram os piores resultados (Iglesias et al, 2003).

Em Genebra, a taxa de aborto das imigrantes irregulares é três vezes maior do que a taxa das mulheres autóctones (Comité Económico e Social Europeu, 2007). Neste caso, o papel do nível de ensino das mulheres imigrantes, mais que do que o nível socioeconómico, desempenhariam um papel positivo na escolha de métodos contraceptivos (Iglesias et al, 2003).

Por isto, é necessário salientar a importância de elaborar uma perspectiva que envolva género na imigração transnacional (Sousa, 2007).

Para o Comité Económico e Social Europeu (Comité Económico e Social Europeu, 2007), a imigração é um fenómeno importante para a economia da União Europeia. Neste sentido, a União Europeia e seus Estados Membros deveriam prover a protecção da saúde dos imigrantes e das suas famílias.

Portanto, o acesso aos cuidados de saúde devem pertencer ao domínio dos direitos humanos e nunca negado com base no estatuto jurídico das pessoas. Além disto, é necessário que a saúde seja considerada uma área essencial no domínio das migrações (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

A utilização de serviços de saúde, sejam eles de carácter preventivo, ou de carácter curativo, tem implicações importantes para o estado de saúde das populações (Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes & Cabral, 2003).

As políticas de imigração adoptadas nos países de destino têm influência no estado de saúde das populações imigrantes. Políticas que limitam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde irão aumentar a vulnerabilidade e os riscos na saúde das comunidades (Dias et al, 2007).

O sistema de saúde, a igualdade no acesso ao mercado de trabalho, a educação e os sistemas de segurança social são as chaves para a garantir a participação e a integração dos imigrantes nos países de destino (Caritas Europa, 2007).

A integração na sociedade de acolhimento passa também pelo nível de saúde das comunidades migrantes. O acesso aos cuidados de saúde garante, de certa forma, o bem-estar e a integração dos imigrantes nas sociedades de acolhimento (Fonseca, Esteves, McGarrigle & Silva, 2007).

Neste sentido, as migrações internacionais colocam-se como um dos mais importantes desafios para a Saúde Pública (Dias et al, 2007; Fonseca et al, 2007).

Segundo o *US National Health Interview Survey* (HNIS) o custo com saúde de um imigrante equivale 55% menos do que quando comparado com uma pessoa autóctone (Mohanty et al, 2005).

As barreiras culturais e sociais parecem afastar os imigrantes dos serviços de saúde, o que tem consequências para o estado de saúde destas comunidades, já apontadas como vulneráveis. A utilização dos serviços de saúde tem implicações importantes para o estado de saúde das populações, independentemente das suas necessidades de saúde específicas (Reijneveld, 1998).

Em relação às múltiplas barreiras entre os imigrantes e os serviços de saúde, podem citar-se as barreiras culturais e linguísticas, o comportamento dos administrativos e dos profissionais de saúde, as crenças de saúde e doença, a situação laboral, o estatuto jurídico-legal, a possibilidade de inscrição na protecção social, os custos associados à saúde e o conhecimento sobre direitos e serviços disponíveis. Podem ainda identificar-se dois níveis distintos em relação às barreiras: o primeiro está relacionado com o acesso, e o segundo com a qualidade da prestação dos cuidados (Silva & Martingo, 2007).

Segundo o Comité Económico e Social Europeu (2007), as barreiras que os imigrantes experimentam estão relacionados com a língua, com os pagamentos, mesmo quando simbólicos, os preços altos dos medicamentos, a falta de sensibilidade cultural por parte dos profissionais e, por vezes, a prevenção e promoção de saúde voltada à comunidade imigrante ser inadequada.

Apesar de diversos subgrupos das comunidades imigrantes serem identificados como vulneráveis no âmbito da saúde mental, os imigrantes indocumentados são apontados como o grupo que menor acesso tem aos serviços de saúde.

Os obstáculos administrativos e o medo de ser entregue às autoridades dificultam o acesso dos imigrantes indocumentados à saúde. Este medo é justificado na Alemanha. Os serviços de saúde devem reportar às autoridades competentes os casos de tratamento de imigrantes indocumentados (Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de Médicos do Mundo, 2007).

No caso da Suíça, estima-se que entre 70 mil e 80 mil imigrantes indocumentados não possuam seguros de saúde, o que é obrigatório para o acesso e utilização dos serviços de saúde (Fonseca et al, 2007).

Mesmo quanto aos imigrantes regulares, há uma subutilização dos serviços de saúde geral e mental (Dias et al, 2007).

Em vários países da Europa, as organizações não governamentais desempenham um papel importante na promoção da saúde, desenvolvendo programas específicos de prevenção e tentando minimizar esta sub-representação nos serviços de saúde.

Alguns países desenvolveram respostas para atenuar a desvantagem resultante do facto de “ser imigrante”, criando serviços complementares dirigidos a estas comunidades.

Fonseca e colaboradores (2007) apontam para a falta de unanimidade quanto à questão da existência ou não de serviços de saúde específicos para imigrantes. Países como o Reino Unido disponibilizam serviços diferenciados, seguindo o princípio de respeito pela diversidade e respeito pelo enquadramento cultural dos pacientes. No caso da Suécia, esta abordagem é considerada inapropriada, pois o princípio é o da igualdade e, por isso, os imigrantes devem ser tratados como os autóctones.

Porém, Grube (2001, cit. por Claassen et al, 2005) encontrou taxas de reinternamento menores e maior satisfação nos imigrantes da Turquia que foram integrados num programa específico para a população imigrante.

A saúde dos imigrantes pode ser promovida por via de inúmeras iniciativas tais como: redução das barreiras aos sistemas de saúde, intervenções relativas a prevenção de doenças que devem incluir e ser adaptadas à população imigrantes e, também, implementação de acções específicas para os diferentes grupos de imigrantes (Kristiansen et al, 2006).

As iniciativas para melhorar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde podem ser divididas em 3 grandes grupos: iniciativas que melhoram a sensibilidade cultural; formação do pessoal de saúde com constituição de equipas especializadas; e envolvimento da comunidade no planeamento de novos serviços e até recrutamento de profissionais pertencentes às comunidades.

Além disto, o Conselho da Europa recomenda a melhoria dos serviços de saúde prestados a todos os cidadãos (Fonseca et al, 2007).

É necessário investigar as necessidades de saúde das comunidades imigrantes e as crenças de saúde e doença das mesmas, mas também repensar práticas etnocêntricas dos serviços de saúde, para melhorar a acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde (Hyman & Guruge, 2002; Gold & DesMeules, 2004; Markowitz, 2004; Rhoades et al, 2004).

Entre outras medidas é necessário facilitar as informações acerca dos serviços de saúde, criar programas nacionais para a educação para a interculturalidade e implementar boas práticas (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

Os profissionais da área da saúde para comunicarem efectivamente com pacientes de outras nacionalidades devem ter sensibilidade cultural. Esta sensibilidade inclui o levar em consideração os valores, atitudes e crenças dos pacientes durante o tratamento. Sem este cuidado, poderá não haver uma comunicação efectiva entre profissionais e pacientes, o que tem como consequência a insatisfação com a relação terapêutica tanto nos profissionais como nos pacientes (Ulrey & Amason, 2001).

É fundamental conhecer os determinantes de saúde e do estado de saúde dos imigrantes e suas comunidades e, ao mesmo tempo, reflectir e promover políticas de saúde integradoras, para a minimização de riscos e vulnerabilidades.

Na mesma medida, é necessário assegurar que os imigrantes possam ter acesso a serviços de saúde adequados e sensíveis às diferenças culturais (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

Migrações e Saúde – o caso português

Como mencionámos anteriormente, as comunidades imigrantes nos países de destino costumam apresentar piores resultados de saúde geral quando comparadas com a população autóctone e, ainda assim, são as que menos utilizam os serviços de saúde.

Vários autores referem a existência de poucos estudos em Portugal sobre esta temática (Malheiros, 2007; Dias et al, 2007; Fonseca et al, 2007).

Machado (2007a) realizou um levantamento bibliográfico sobre a produção científica na área da imigração e minorias étnicas entre 2000 e 2006 e identificou 358 estudos. Do total, não chegavam à dezena os que abordavam simultaneamente as migrações e a saúde/doença.

“Saúde e Migrações” foi o tema escolhido no domínio da saúde pela Presidência Portuguesa da União Europeia em 2007. Este é um sinal de que as autoridades desejam colocar o assunto nas agendas nacionais e da política comunitária.

Apesar de representarem um grupo vulnerável no que concerne à saúde mental e, de certa forma, à saúde em geral, existe uma sub-representação na utilização dos serviços de saúde por parte das comunidades imigrantes em Portugal (Gonçalves et al, 2003).

Os imigrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, estando esta vulnerabilidade associada a diversos factores, entre os quais a situação económica, a falta de informação, o estatuto jurídico-legal, assim como a sua residência geográfica, geralmente em bairros periféricos.

As barreiras culturais e linguísticas entre os profissionais de saúde e os utentes são consideradas factores cruciais na não integração da população imigrante nos sistemas de prestação de cuidados de saúde dos países de acolhimento. A falta de domínio da língua e a falta de acesso a intérpretes afasta os

estrangeiros dos serviços de saúde ou pode gerar cuidados inadequados. E isto é uma forma de discriminação (Silva & Azevedo, 2005).

A discriminação pode ter influência directa e indirecta na saúde. Directamente, ao limitar o acesso a bens e serviços que promovem a saúde ou reduzem a doença, e o próprio processo de discriminação pode ainda causar sofrimento físico e/ou psicológico. Indirectamente, pode causar segregação residencial, o que pode implicar ficar mais distante dos serviços. Destes fenómenos resultam também consequências negativas para a utilização regular dos serviços de saúde (Gonçalves et al, 2003).

O acesso das comunidades imigrantes aos cuidados de saúde é muito variável e está dependente de factores como o estatuto jurídico-legal, a nacionalidade e os anos de residência em Portugal, entre outros. Em geral, a proporção de imigrantes inscritos nos centros de saúde é maior para os imigrantes regulares (Fonseca et al, 2007).

Há uma tendência para os imigrantes irregulares utilizarem as urgências hospitalares, porque são serviços onde o tratamento é mais anónimo. Tendencialmente, em caso de doença, a maior parte dos imigrantes procura o médico de família ou os serviços de urgência dos hospitais e apenas uma minoria procura um médico privado, médico tradicional ou curandeiro.

Quanto ao facto de a maioria desta população dar preferência aos serviços de urgência hospitalar, comparativamente aos serviços do centro de saúde local, que até seria mais próximo, do ponto de vista logístico, são apontadas não só as questões burocráticas imediatamente ligadas ao acesso, mas também os receios ligados à obrigatoriedade. Os administrativos dos centros de saúde parecem tender para atitudes mais controladoras e exigentes em relação ao utente e à sua documentação. Nas urgências hospitalares, pelo contrário, predomina o cuidado médico urgente, o qual não pode ser recusado a ninguém; o diagnóstico tende a limitar-se aos desencadeantes imediatos da situação aguda e há uma primazia absoluta da prestação de cuidados sobre a verificação do estatuto legal dos utentes.

Sobre o uso feito pelas diferentes comunidades residentes em Portugal, os imigrantes dos PALOP utilizam em menor proporção os serviços de saúde

preventiva e curativa. Comparativamente, os imigrantes que mais utilizam os serviços de saúde são os que pertencem às comunidades mais antigas em Portugal. Os asiáticos também estão sub-representados nos serviços e isto parece ter explicação em aspectos culturais, fazendo com que estes procurem primeiro as medicinas alternativas (Machado, 2007c). Os brasileiros e os imigrantes da Europa de Leste recorrem sobretudo em casos de urgência e praticam a automedicação. Além disto, Fonseca e colegas (2007) relatam que cerca de 80% dos imigrantes inquiridos afirmaram nunca ter recebido qualquer participação do Estado.

Segundo Gonçalves e colegas (2003), os imigrantes africanos são um grupo considerado particularmente vulnerável na área da saúde, e alguns dados portugueses apontam para a sua sub-representação na utilização dos serviços de saúde. O estudo foi realizado numa comunidade imigrante africana, oriunda de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde, e residente na Grande Lisboa. Os resultados demonstraram que o número de anos vividos em Portugal e o estatuto jurídico-legal condicionavam a utilização dos serviços de saúde, sendo esta utilização diferenciada para o hospital e para o centro de saúde. Assim, os residentes de longa duração e em situação regular tinham uma probabilidade 2,5 vezes mais elevada de ter usado um centro de saúde local em comparação com residentes irregulares.

Neste sentido ser residente há mais tempo no país de acolhimento e ter um maior grau de alfabetização promove a necessidade percebida em aceder aos serviços de saúde. Além do que, quem tem a sua situação regularizada tem acesso a maiores benefícios (Fonseca et al, 2007).

Este estudo de Gonçalves e colegas (2003) realça ainda a potencial influência que os factores de ordem social, cultural e étnica podem ter no condicionamento das necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde.

A investigação levada a cabo por Fonseca e colegas (2007), acerca do estado e das práticas de saúde dos imigrantes de origem africana residentes nos edifícios de realojamento de um bairro da periferia norte de Lisboa, demonstrou que os residentes não dispunham de condições de vida que lhes permitissem adoptar estilos de vida favoráveis à saúde, e revelou ainda a situação de desvantagem dos africanos e seus descendentes no acesso aos cuidados de saúde.

Segundo o SOS Racismo (2003), a distância relativa aos Centros de Saúde e as barreiras relacionadas com a comunicação entre os profissionais de saúde e os imigrantes contribuiriam para a maior utilização das urgências dos hospitais e das farmácias pelos últimos.

No estudo desenvolvido nos concelhos de Amadora e Sintra, relacionado com os cuidados de saúde materna e infantil, os resultados encontrados apontam para uma maior privação social e material das famílias imigrantes, que, quando comparadas com as famílias portuguesas, também revelaram os piores resultados em saúde, assim como maior mortalidade fetal e neonatal (o dobro da dos filhos dos portugueses) e mais patologia durante a gravidez. Além disso, 29% das famílias não estavam inscritas em nenhum centro de saúde. Por isso, após o nascimento, um número relevante de famílias imigrantes recorreu às urgências. Outra constatação foi a de que o medo de estar irregular e de ser deportado fez com que a procura dos serviços de saúde fosse feita apenas em fases tardias, e muitas vezes, irreversíveis da doença (Machado et al, 2007).

A investigação “Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde” envolveu a comunidade ucraniana em Portugal e também os profissionais de saúde. Em relação aos imigrantes, foi detectado que, na sua maioria, se encontravam sozinhos no país e viviam em habitações precárias, partilhando o seu espaço habitacional com colegas, que variavam entre um a oito indivíduos, e um número significativo vivia em situação de sem-abrigo. Apesar da maior parte já ter tido consultas médicas, mais de metade demonstrou insatisfação quanto ao atendimento e apontou como obstáculo a relação médico-doente (Sousa, 2006).

Em relação às infecções sexualmente transmissíveis, Távora-Tavira e colegas (2007) desenvolveram um estudo prospectivo com imigrantes africanos recém-chegados a Portugal. As taxas de prevalência encontradas no grupo dos imigrantes são semelhantes às descritas para a população portuguesa e europeia considerada de risco, com enquadramento social e económico similar ao grupo estudado. Desta forma, concluiu-se que a migração da África subsariana não parece constituir um factor isolado de risco para a saúde pública.

Em relação à violência contra as mulheres, e segundo Silva e Azevedo (2005), as mulheres imigrantes são definidas como o grupo de maior vulnerabilidade.

Dados disponibilizados em 2004 pela Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) indicavam que 21% dos novos casos eram de mulheres estrangeiras, e nos refúgios este número subia para os 53%. De salientar que as estrangeiras atendidas eram, maioritariamente, oriundas de países onde o português é a língua oficial.

A violência contra as mulheres, no caso das estrangeiras, é acrescida de precariedade social e económica, isolamento social e, o que agrava o quadro, uma dependência do estatuto jurídico-legal do agressor. Esta dependência faz com que muitas mulheres não denunciem o caso mais cedo, seja por medo de serem repatriadas, ou de perderem a guarda dos filhos. Por isso, é necessário a criação de um estatuto independente para as mulheres (Silva et al, 2005).

Padilla e Portugal (2007) apontam para a existência de uma grande variedade de boas práticas em relação aos cuidados de saúde dos imigrantes nos países do Sul da Europa, destacando a acessibilidade aos serviços, com a inclusão dos imigrantes irregulares. Salientam o papel das organizações não governamentais na promoção da saúde e na prevenção da doença, envolvendo os interessados na resolução de problemas, mas com uma aplicação mais local e delimitada se não houver apoio governamental.

Em relação às boas práticas levadas a cabo em Portugal, pode citar-se a Consulta do Migrante no Hospital Miguel Bombarda, que disponibiliza consultas de saúde mental para imigrantes; o projecto “Hospital Amigo do Imigrante”, que funcionou entre 2002 e 2004 em doze hospitais europeus para identificar e avaliar boas práticas no cuidado de imigrantes, e a Unidade Clínica do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, que desenvolveu um projecto com atendimento médico gratuito para imigrantes e refugiados (Freitas, 2003).

Entre as boas práticas levadas a cabo pelas organizações não governamentais estão os projectos desenvolvidos pelos Médicos do Mundo Portugal, nomeadamente “Noite Saudável” e “Bairro Feliz”, concebidos para serem uma ponte entre o imigrante e os serviços de saúde, assegurando que o primeiro receba os cuidados de que necessita o mais precocemente possível, e que o segundo não crie barreiras a este acesso (Fernandes, Pereira & Oliveira, 2007).

A Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS) é outra organização não governamental criada para dar respostas, no terreno, para a promoção da saúde e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. A sua intervenção é voltada para as necessidades sentidas na comunidade em que intervém, investindo na formação, informação, fortalecimento de redes formais e informais, com respeito pela diversidade e raízes culturais dos envolvidos (Silva & Silva, 2007).

A criação do Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, parceria entre o ACIDI e o Ministério da Saúde, pode ser considerado um exemplo de boas práticas a nível governamental. Foi criado pela constatação de que, apesar do direito à saúde constituir um direito humano fundamental e apesar de todos os imigrantes terem direitos e deveres de protecção da saúde em Portugal, existem obstáculos relacionados com a falta de informação tanto por parte dos imigrantes como da parte dos serviços. Este gabinete foi criado para garantir o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde (Horta & Carvalho, 2007).

No trabalho realizado desde 2003, as principais dificuldades e obstáculos, identificados pelo Gabinete de Saúde, em relação ao acesso a cuidados de saúde pelos imigrantes são: o incumprimento da lei em alguns serviços; a falta de conhecimento da legislação e da forma de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde pelos imigrantes; e a identificação de casos em que as debilidades de saúde advêm de fragilidades socioeconómicas.

Em relação aos desafios impostos pela multiculturalidade advinda da imigração, os serviços de saúde em Portugal ainda estão numa fase considerada rudimentar (Freitas, 2003).

Tendo em conta que em Portugal existe um elevado número de imigrantes e que existe evidência de escassa representação deste grupo na utilização dos serviços de saúde, estão reunidos diversos factores que poderão constituir uma situação potencialmente grave, quer a nível das próprias comunidades, quer ao nível da população em geral. É fundamental obter dados que permitam compreender os factores envolvidos no estado de saúde e as dificuldades existentes no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal.

Compreender os factores que determinam o acesso e a utilização dos serviços de saúde em cada comunidade imigrante reveste-se de grande importância para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados, que produzam efeitos reais na redução de riscos e aumento dos ganhos em saúde para as comunidades imigrantes específicas e para a sociedade de acolhimento.

Legislação Portuguesa no Acesso aos Cuidados de Saúde

O acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados em relação ao estado de saúde das comunidades são considerados indicadores da integração dos imigrantes nas sociedades de acolhimento. Além disso, a desigualdade no acesso aos serviços é considerada uma ameaça aos valores e objectivos da Europa (Fonseca et al, 2007).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde são constatadas pelo facto de que indivíduos com necessidades iguais são tratados de maneiras diferentes. Em geral, as pessoas com melhor enquadramento sociocultural têm mais acesso aos especialistas, enquanto os outros grupos tendem a utilizar mais os serviços de clínica geral e as urgências hospitalares. Este acesso diferenciado parece reduzir as hipóteses de acesso a tratamentos necessários para a prevenção e promoção da saúde de uma parcela relevante da população (Dias et al, 2007).

“A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos – mesmo estrangeiros – têm direito à prestação de cuidados globais de saúde e, por essa razão, todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na exacta medida das necessidades de cada um e independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais” (ACIDI, 2007a, p.54).

Desde 2001, é garantido aos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Na Constituição da República Portuguesa, está também referido que todos os cidadãos têm direito à saúde, mas também o dever de protegê-la. Todo o imigrante que se sinta doente tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou num hospital. Nenhum serviço pode recusar a prestação de serviço com base

em razões ligadas à nacionalidade, falta de meios económicos, falta de legalização ou outra.

As regras tornam-se mais restritivas para a obtenção do Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este documento, que comprova a identidade do seu titular perante as instituições e serviços integrados no SNS, só pode ser obtido pelos estrangeiros possuidores de autorização de permanência, autorização de residência ou visto de trabalho.

Para os estrangeiros que não possuem estes documentos, o acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS é feito através da apresentação de documento comprovativo (atestado de residência, emitido pelas juntas de freguesia) junto dos serviços de saúde da sua área de residência.

Para a obtenção deste atestado de residência é preciso apresentar duas testemunhas, também residentes na área, que confirmem a informação. Esta burocracia parece simples e fácil de ultrapassar, mas na prática pode gerar desconfiança na população em geral.

Mas, de qualquer forma, esta possibilidade é um avanço em comparação com outras legislações em vigor em países europeus (Fonseca et al, 2007).

De acordo com a legislação portuguesa, os cuidados de saúde são tendencialmente gratuitos. Por cada consulta ou cuidado prestado, o utente deve pagar uma taxa moderadora, de acordo com as taxas em vigor (ACIDI, 2007a).

Aos cidadãos estrangeiros que efectuem descontos para a Segurança Social, e ao respectivo agregado familiar, é assegurado o acesso aos cuidados de saúde nos termos gerais, em condições iguais aos cidadãos nacionais.

Em relação à Segurança Social, esta é uma discussão não consensual, que toca na questão da inclusão dos imigrantes (ou não) nos sistemas de segurança social nacionais, dependendo do quadro geral das políticas sociais e de integração de imigração específico de cada país. Por isso, apesar de o direito à saúde estar consagrado universalmente, na prática este direito depende das legislações nacionais.

No caso português, aos cidadãos estrangeiros que não efectuem descontos para a Segurança Social são cobradas as despesas efectuadas, de acordo com as tabelas em vigor. Estarão isentos os cidadãos que se encontrem em situação de carência económica comprovada pela Segurança Social. O cidadão estrangeiro estará também isento se alguém do agregado familiar efectuar os descontos, ou se necessitar de prestação de cuidados de saúde por se encontrar numa situação que ponha em perigo a Saúde Pública.

Os imigrantes irregulares constituem o grupo de maior vulnerabilidade socioeconómica no conjunto dos imigrantes, por isso têm dificuldades em poder pagar os tratamentos de saúde necessários.

Mas há sempre um dilema a enfrentar inerente às questões de saúde. Se por um lado, o direito à saúde está consagrado, e podemos questionar se será ético e humano não tratar pessoas por falta de documentação, por outro lado, há a questão do peso que isto representa nos orçamentos dos governos. E, na realidade, poucos são os países que têm vindo a promover políticas de promoção da saúde e de combate às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. A posição de Portugal como um recente país de imigração faz com que a sua política de imigração ainda esteja em fase de desenvolvimento, e por isso ainda demasiado centrada nas questões de regulação de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Face a este panorama, segundo Fonseca e colegas (2005) os profissionais de saúde têm adoptado três atitudes: não cobram pelo serviço, adiam a cobrança ou mandam o paciente embora sem tratamento. Neste mesmo estudo, verificou-se que alguns profissionais desconheciam que alguns serviços são gratuitos também para os imigrantes.

Apesar da inclusão dos imigrantes estar prevista na legislação, alguns estudos referem a existência de recusas no atendimento a imigrantes, principalmente aos irregulares (Fonseca et al, 2007).

Segundo Machado (2007c), os princípios constitucionais portugueses da igualdade, não discriminação e equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros não são suficientes para, na prática, garantir a

equidade de cuidados. Não basta que os serviços estejam disponíveis, é necessário que estejam acessíveis.

Ciente da necessidade de estruturar um plano global e integrado para a integração dos imigrantes, o governo aprovou no dia 3 de Maio de 2007, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, o Plano para a Integração dos Imigrantes. Neste plano estão identificadas 120 medidas, distribuídas por áreas sectoriais verticais e transversais, para a plena integração dos imigrantes na sociedade portuguesa.

Para a área da saúde, estão previstas oito medidas. São elas:

- 22 - Promover a realização de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde, incentivando-os a utilizar o Sistema Nacional de Saúde (*MS/ARS*);
- 23 - Promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (*MS/ARS*);
- 24 - Acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular (*PCM, ACIDI, I.P.*);
- 25 - Implementar a integração dos hospitais portugueses na Rede Europeia «Hospitais Amigos dos Migrantes» (*MS/ARS/IHMT*);
- 26 - Plano de Formação para a interculturalidade dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde;
- 27 - Programa de integração profissional de imigrantes com licenciatura em medicina (*MS/ACSS, I.P.*);
- 28 - Desenvolver um Programa de Mediação Sociocultural na rede de hospitais e de centros de saúde em territórios com elevada presença de imigrantes (*MS/ARS*);
- 29 - Desenvolver parcerias entre organizações não governamentais, o Sistema Nacional de Saúde e outras entidades para a promoção do acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde (*MS/ARS*).

METODOLOGIA

Finalidade e Objectivos do estudo

Finalidade

A imigração representa um factor potencial de risco para o estado de saúde e para a saúde mental. Isto porque imigrar é uma situação potencialmente traumática que implica numerosas mudanças da realidade externa com a consequente repercussão na realidade interna individual (Grinberg et al, 1996). Compondo este quadro, ainda estão as políticas de imigração que nunca foram tão restritivas e as condições dos imigrantes que nunca foram tão precárias (Achotegui, 2000).

Investigar o estado de saúde, a saúde mental e a qualidade de vida da comunidade brasileira em Lisboa, bem como o seu acesso aos serviços de saúde, é o cerne deste estudo.

Objectivos

Os objectivos do presente estudo são:

- 1 - Caracterizar o contexto sociodemográfico dos imigrantes brasileiros residentes no distrito de Lisboa;
- 2 - Identificar características inerentes ao processo migratório deste grupo de imigrantes;
- 3 - Identificar a auto-apreciação do estado de saúde actual dos imigrantes brasileiros;
- 4 - Caracterizar o acesso aos cuidados de saúde nos imigrantes brasileiros residentes em Lisboa;
- 5 - Identificar o nível de saúde mental deste grupo específico e caracterizar os casos de provável sofrimento psicológico;

6 - Comparar os níveis de auto-apreciação de saúde, acesso aos cuidados de saúde, saúde mental e qualidade de vida entre imigrantes regulares e imigrantes irregulares;

7 - Comparar a auto-apreciação do estado de saúde, saúde mental e qualidade de vida dos imigrantes com os resultados da população nacional.

Resultados esperados (RE)

1 - Caracterizar o contexto sociodemográfico dos imigrantes brasileiros residentes no distrito de Lisboa;

RE – Levando em consideração às alterações das vagas migratórias brasileiras nos últimos anos, é esperado encontrar uma proporção próxima de 1:1 entre mulheres e homens. Entretanto, conforme às estatísticas oficiais, é possível que a taxa de mulheres da amostra seja um pouco maior que a taxa dos homens. Também é esperado encontrar uma população maioritariamente jovem. Em relação à inserção profissional, haverá uma desqualificação em relação ao nível de ensino. Porém, na vaga mais recente está desqualificação será menor.

2 - Identificar características inerentes ao processo migratório deste grupo de imigrantes;

RE – É esperável encontrar características diferenciadas em relação ao processo migratório e os anos de residência em Portugal. A existência de vagas migratórias diversificadas poderá ser confirmada em relação aos anos de residência em Portugal, o nível de ensino, a inserção profissional, o enquadramento jurídico entre outras. De acordo com a revisão de literatura, esperamos encontrar relações entre esta variável e a presença, ou não, de doença crónica.

3 - Identificar a auto-apreciação do estado de saúde actual dos imigrantes brasileiros;

RE – É esperado encontrar diferenças entre a auto-apreciação de saúde das pessoas em relação aos anos de residência em Portugal e ao estatuto jurídico. Como foi descrito anteriormente, possivelmente aqueles que emigraram num período recente podem descrever o seu estado de saúde actual de maneira mais

positiva que quem está emigrado por longos períodos (efeito do imigrante saudável).

- 4 - Caracterizar o acesso aos cuidados de saúde nos imigrantes brasileiros residentes em Lisboa;

RE – Assim como outras comunidades de imigrantes em Portugal, é esperável que os brasileiros estejam sub-representados nos serviços de saúde. Também é esperado encontrar relações entre os anos de residência em Portugal, o estatuto jurídico e acesso aos cuidados de saúde.

- 5 - Identificar o nível de saúde mental deste grupo específico e caracterizar os casos de provável sofrimento psicológico;

RE – Os imigrantes irregulares são descritos como o grupo mais vulnerável no processo migratório. É esperado encontrar relações entre o provável sofrimento psicológico e as variáveis como: sexo, idade, estatuto jurídico, anos em Portugal, estado de saúde actual e qualidade de vida.

- 6 - Comparar os níveis de auto-apreciação de saúde, acesso aos cuidados de saúde, saúde mental e qualidade de vida entre imigrantes regulares e imigrantes irregulares;

RE – Segundo a revisão de literatura, esperamos encontrar melhores resultados na auto-apreciação de saúde, no acesso aos cuidados de saúde, no score do MHI-5 e na avaliação da qualidade de vida dos imigrantes com o estatuto jurídico regular do que irregular.

- 7 - Comparar a auto-apreciação do estado de saúde actual, saúde mental e qualidade de vida dos imigrantes com os resultados da população nacional.

RE – É esperável encontrar melhores resultados em relação a auto-apreciação de saúde, saúde mental e qualidade de vida na população autóctone. Porém são esperadas diferenças em relação ao género em ambas as populações.

Instrumentos

Os instrumentos foram escolhidos para recolher informação acerca do modo como as pessoas auto-avaliam o seu estado emocional e bem-estar, qualidade de vida e o seu estado de saúde.

Inquérito Nacional de Saúde (INS)

Realizaram-se até ao momento quatro censos ditos Inquéritos Nacionais de Saúde em Portugal, em 1987, 1996, 1998/99 e 2005/06.

Segundo Dias e Graça (2001), o instrumento de colheita de dados utilizado nos INS é um instrumento de medição da saúde que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre os estados de saúde e de doença da população portuguesa, bem como dos respectivos determinantes, e estuda a sua evolução ao longo do tempo, cumprindo critérios da OMS (WHO, 1996).

Desta forma, a sua administração em censos populacionais permite a obtenção de informações relevantes para o estabelecimento de políticas e estratégias de saúde pública.

Nos censos INS são utilizadas amostras probabilísticas representativas da população de Portugal continental e baseadas nos dados dos Censos Populacionais realizados de dez em dez anos. As Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores foram incluídas pela primeira vez no 4º INS.

Os únicos indivíduos excluídos são os sem-abrigo e as pessoas institucionalizadas. Os imigrantes incluídos são os residentes que fazem parte da amostra mãe.

A criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, acentuou a necessidade de obter informação sobre morbilidade de base populacional para planear, justificar e avaliar medidas políticas e mudanças organizacionais. A designação de “Inquérito Nacional de Saúde” e as primeiras actividades preparatórias foram desenvolvidas com o trabalho de cooperação técnica estabelecido com o *Nacional Centre of Health Statistics*.

O primeiro INS é levado a cabo em 1987 e foi co-financiado pelo governo dos Estados Unidos da América, através da *Agency for International Development* (Dias & Graça, 2001).

Os questionários dos INS são revistos periodicamente. Algumas áreas deixam de fazer parte do inquérito enquanto outras passam ser incluídas. E, sempre que possível, são adoptados instrumentos de notação recomendados pela OMS.

As principais áreas de inquirição nos INS realizados em Portugal têm sido: a actividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos, a insegurança alimentar, o consumo de tabaco, a utilização de cuidados médicos, a auto-apreciação do estado de saúde, as incapacidades de longa duração, as incapacidades temporárias, as despesas de saúde e os rendimentos, as doenças agudas, as doenças crónicas, os dados gerais sobre saúde, o consumo de medicamentos, a saúde reprodutiva, a saúde infantil, saúde mental, qualidade de vida e a saúde oral.

O inquérito por questionário é adequado para grandes amostras, mas demonstra limitações quanto ao grau de profundidade do conteúdo recolhido. É uma técnica de observação não participante que tem uma sequência de perguntas semi-estruturadas ou estruturadas (Ghiglione & Matalon, 1997).

Em relação à morbilidade, apresentam limitações pois a informação obtida está relacionada com a percepção do sujeito e sofre a influência de factores como a memória e a disponibilidade para admitir o estado de doença. Geralmente, os INS informam mais sobre a incapacidade do que sobre a morbilidade (Giraldes, 1996).

Neste estudo, conforme os objectivos previstos, foram seleccionadas algumas áreas do questionário. Este não foi usado de forma exaustiva e contém algumas alterações. Estas alterações são essencialmente de carácter gramatical, para adequar ao português do Brasil, mas também houve inserção de questões específicas relativas à imigração.

A escolha deste instrumento permite também comparar as áreas estudadas na comunidade brasileira com a população nacional. Em anexo, encontra-se o inquérito adaptado para este estudo.

As principais áreas deste estudo são:

- Caracterização sociodemográfica;
- Informações gerais sobre saúde;
- Doenças crônicas;
- Cuidados médicos;
- Consumo de medicamentos;
- Despesas de saúde;
- Saúde reprodutiva e planeamento familiar;
- Saúde mental;
- Qualidade de vida.

Mental Health Index (MHI-5)

O *Mental Health Index* - 5 integra o Inquérito Nacional de Saúde e é um instrumento de Saúde Mental recomendado pela OMS para fazer parte dos estudos sobre a saúde das populações. Consta de cinco itens sobre saúde mental e os resultados são classificados através de um indicador que mede a existência provável de sofrimento psicológico.

Serve menos para aceder à prevalência dos vários diagnósticos psiquiátricos e mais à saúde mental positiva e ao provável sofrimento psicológico. Os inquéritos de saúde deste tipo não são considerados adequados para obter dados precisos para estimativa das várias perturbações psiquiátricas. Porém, são considerados indicativos da ansiedade e depressão nas populações e isto é considerado importante devido ao peso muito relevante destas perturbações na saúde pública (Nosikov & Gudex, 2003).

A importância crescente do sistema de saúde pública e o foco nos cuidados de saúde primários, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, chamou atenção para a necessidade de diferenciar as pessoas no nível de saúde mental, ao invés de avaliarem exclusivamente a existência ou a ausência de psicopatologia. Isto porque a maioria das pessoas que frequentam cuidados de saúde primários não terem doença mental. Além disto, têm-se evidenciado nos

últimos anos a existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo) e uma outra negativa da Saúde Mental (*distress* psicológico, sofrimento psicológico) (Ribeiro, 2001).

Para tanto, surgiu a necessidade de desenvolver técnicas para diferenciar níveis de saúde mental em pessoas não doentes, sem quadros psicopatológicos ou disfuncionais. O *Mental Health Inventory* (MHI) é um instrumento adequado para este objectivo (Ribeiro, 2001).

O instrumento ideal para a recolha de dados acerca da saúde mental deve ser compreensivo, breve, fácil de preencher, validado e aplicado em diferentes populações (Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003).

O MHI, na sua versão original e reduzida, é reconhecido, validado e amplamente utilizado como medida de funcionamento psicológico. O instrumento está apto para identificar um número substancial de pessoas que, de outra forma, não teriam sido identificadas (Gerson et al, 2004).

Foi desenvolvido em 1975 como instrumento destinado a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Foi desenvolvido no âmbito do *Health Insurance Study* levado a cabo pela *Rand Corporation*, desenhado para avaliar a saúde da população em geral (Ribeiro, 2001).

O MHI é um questionário de auto-resposta. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Valores mais elevados correspondem a melhor nível de saúde mental.

O MHI foca sintomas do humor e ansiedade, perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. É constituído por 38 itens agrupados em cinco dimensões, três negativas e duas positivas. Podem também ser reagrupadas em duas dimensões, uma positiva e uma negativa (Ribeiro, 2001).

Posteriormente foram desenvolvidas versões com menos itens do MHI (o MHI de cinco itens ou MHI-5), passando estas a integrar questionários de avaliação de

saúde ou de qualidade de vida, ou a ser utilizadas por si só (Veit e Ware, cit. por Ribeiro, 2001).

O MHI-5 é uma versão reduzida de cinco itens que avalia o mesmo constructo, cuja fidelidade foi inspeccionada através do Alfa de Cronbach. Na validação da versão portuguesa, o MHI-5 foi considerado um bom substituto do MHI e foi sugerida a utilização do instrumento em investigação e rastreio (Ribeiro, 2001).

O MHI-5 é considerado um questionário bastante curto para aceder ao nível de saúde mental (Berwick et al, 1991, cit. por Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2001). É uma derivação do MHI e foi incluído nas duas versões do questionário do *Medical Outcome Study* (MOS): SF-20 e o SF-36 (Rumpf et al, 2001). O SF-36 foi traduzido e adaptado para a população brasileira de acordo com a metodologia internacionalmente aceita (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999).

O MHI-5 foi desenvolvido para o questionário de avaliação de saúde utilizado no *Medical Outcomes Study*, tanto para a forma reduzida, o SF-20 como para o SF-36 (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993). O objectivo principal do MOS foi aperfeiçoar métodos e instrumentos de rastreio na prática e investigação clínica (Means-Christensen, Arnau, Tonidandel, Bramson & Meagher, 2005). É constituído por cinco itens. Estes itens têm, no estudo original, uma correlação de $r=0,95$ e de $r=0,92$, com a nota total da versão de 38 itens desenvolvida para o *Health Insurance Experiment*. A adaptação portuguesa mostra uma correlação de $r=0,95$ entre o MHI-5 e a versão de 38 itens. Segundo Ribeiro (2001), as versões portuguesas da escala MHI e da MHI-5 apresentam estruturas semelhantes relativamente à versão original. Na composição da escala total as dimensões negativas têm mais peso para a nota final embora isso constitua um avanço relativamente às escalas tradicionais de avaliação da saúde mental. As versões Portuguesas podem ser empregues com a mesma propriedade com que foram utilizadas as versões originais.

O MHI-5 é uma versão rápida que pode ser utilizada isoladamente, como teste de rastreio (*screening*), ou incluída em outras escalas tal como o SF-36 (Ware et al, 1993, cit. por Ribeiro 2001). Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI que representam quatro dimensões de saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional-Comportamental e Bem-Estar Psicológico (Ware et al,

1993). Três destes itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Positivo.

Em muitos estudos (Kjoller, 1995, cit. por Strand et al, 2003; Yamazaki, Fukuhara & Green, 2005), o ponto de corte 52 foi considerado o ideal, principalmente para os sintomas depressivos. Para Holmes (1998, cit. por Rumpf et al, 2001), o ponto de corte ideal para o MHI-5 no rastreio da depressão major em pacientes seropositivos também foi o 52. Este mesmo ponto de corte foi o utilizado pelo 4º INS para a identificação dos casos. Por esta razão, no actual estudo, para estabelecer o grupo de pessoas em provável sofrimento psicológico é utilizado o ponto de corte correspondente a um *score* igual ou menor a 52 (Meltzer, 2003).

No caso da identificação da depressão major e da síndrome do pânico, o ponto de corte definido foi menor ou igual a 23 (Means-Christensen et al, 2005).

Para além deste corte para a identificação dos casos em provável sofrimento psicológico, o instrumento é ainda composto por 5 itens: NERVOSO, DEPRIMIDO, CALMO, TRISTE e FELIZ. Estes 5 itens são obtidos através das seguintes perguntas:

- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu muito nervoso/a?
- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?
- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu calmo/a e tranquilo/a?
- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu triste e em baixo / abatido/a?
- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu feliz?

Para cada item há uma escala de 1 a 6, em que 1 = sempre e 6 = nunca. Esta escala, após inversão no caso dos itens CALMO e FELIZ e recodificação, é pontuada de 0 a 100, com intervalos de 20 pontos entre cada opção.

De uma forma simples, quanto maior a pontuação, mais afastado estará o valor do ponto corte (52) para provável sofrimento psicológico e melhor será o nível de saúde mental.

Estes tipos de medidas são importantes quando o objectivo principal é avaliar a saúde no seu todo, quer no âmbito de estudos epidemiológicos, quer na avaliação dos resultados de saúde que decorrem dos tratamentos (Ribeiro, 2001).

Os questionários curtos de rastreio para a saúde mental são instrumentos úteis para a pesquisa e prática clínica. Têm um papel importante no rastreio dos casos nos cuidados primários. Geralmente, este rastreio nos cuidados primários é considerado insatisfatório. Para Rumpf e colaboradores (2001), os instrumentos curtos de rastreio, como o MHI-5, podem ser uma alternativa adequada às entrevistas clínicas que consomem mais tempo.

A investigação tem demonstrado a utilidade destes instrumentos em diferentes populações. Por exemplo, Ostroff e colaboradores (1996, cit. por Ribeiro, 2001), num estudo comunitário com adolescentes, confirmaram a validade e fidelidade do MHI, recomendando que este questionário seja utilizado em estudos de comparação da saúde mental em população não psiquiátrica. Weinstein e colaboradores (1989, cit. por Ribeiro, 2001) compararam três técnicas para rastreio psiquiátrico, o *General Health Questionnaire*, o MHI e o *Somatic Symptom Inventory*. Cada uma delas foi comparada com os resultados do *Diagnostic Interview Schedule*. Neste estudo, o MHI foi considerado o melhor instrumento para detectar a probabilidade da existência de *distress*.

A utilização deste instrumento na população americana confirmou a sua capacidade de predizer se as pessoas iriam procurar apoio dos serviços de saúde mental e a intensidade destes cuidados, ao mesmo tempo mostrava que as despesas com a saúde mental na população com piores resultados no MHI eram mais de três vezes superiores que no grupo com os melhores resultados, o que evidenciava a validade do MHI como medida de saúde mental (Ribeiro, 2001).

No estudo levado a cabo por Rogers e colaboradores (2005) com a população americana, o MHI não foi considerado equivalente ao *Beck Depression Inventory* (BDI), apesar de ser considerado um instrumento tão adequado quanto o BDI para o rastreio da depressão.

Outras investigações têm mostrado que o MHI-5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental. Holmes (1998), num estudo com doentes seropositivos em ambulatório, conclui que o MHI-5 é a melhor medida para os clínicos gerais detectarem a emergência de perturbação psiquiátrica neste grupo.

O Eurobarómetro foi aplicado nos Estados-membros da EU para aceder às dimensões negativas e positivas da saúde mental. Para tal, utilizaram o MHI-5 e o ponto de corte menor ou igual a 52 para identificar os casos em provável sofrimento psicológico. Em relação ao número de pessoas com provável sofrimento psicológico na população portuguesa, foi encontrada a percentagem de 29,8%. Numa análise ao género, 17,0% dos casos são homens e 40,7% são mulheres. Esta diferença de taxas entre mulheres e homens foi a mais alta encontrada no estudo. No caso da população portuguesa, o número de pessoas com provável sofrimento psicológico aumenta com a idade (The European Opinion Research Group, 2003).

Em outro estudo, comparou-se o desempenho do *General Health Questionnaire* de 12 itens e o MHI-5, em 3000 participantes de ambos os sexos com idades entre os 16 e os 64 anos. Foi confirmada a validade, fidelidade e a sensibilidade de ambos os instrumentos na caracterização da saúde mental da população estudada. Porém, o MHI-5 foi considerado o mais adequado para a investigação (McCabe et al, 1996, cit. por Ribeiro, 2001). O MHI-5 é tão adequado quanto o *General Health Questionnaire* no rastreio e foi encontrada uma alta correlação entre o MHI-5 e o GHQ-12 (Rumpf et al, 2001).

Berwick e colaboradores (1991, cit. por Ribeiro, 2001) compararam a capacidade de rastreio de 3 técnicas: o MHI-5, o *General Health Questionnaire* de 30 itens e o *Somatic Symptom Inventory* de 28 itens. O *Diagnostic Interview Schedule* foi utilizado como parâmetro. Neste estudo comprovaram-se as qualidades do MHI-5.

Para Yamazaki e colegas (2005), o MHI-5 e o MHI-3 são considerados instrumentos curtos que podem ser usados para o rastreio de sintomas depressivos na população japonesa.

Strand e colaboradores (2003) investigaram o estado da saúde mental na população norueguesa. Para tal, utilizaram os seguintes instrumentos: *Hopkins Symptom Checklist* (SCL-25) e *Short Form 36* (SF-36), o último inclui o MHI-5.

Foi encontrada a correlação positiva entre o SCL e o MHI-5, principalmente para a depressão. Por isto, um pode substituir o outro nos estudos populacionais. A vantagem do MHI-5 está relacionada com o facto deste ser incluído em investigações da saúde mental, mas, também, em investigação da saúde geral das populações. Em todos os instrumentos, os resultados para mulheres e homens foram significativamente diferentes (Strand et al, 2003).

Foi feita a validação do MHI-5 com a utilização dos Diagnósticos do Eixo I da classificação DSM-IV numa amostra populacional alemã. Os seguintes grupos de diagnósticos foram incluídos no estudo: perturbações do humor, perturbações de ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações do comportamento alimentar, perturbações de abuso e dependência de substâncias. O MHI-5 mostrou um melhor desempenho no rastreio das perturbações do humor e perturbações de ansiedade, principalmente em relação às últimas quatro semanas do que nos últimos doze meses. Demonstrou fraco desempenho para detectar perturbações somatoformes e perturbações de abuso e dependência de substâncias, especialmente em casos de comorbidade. Mesmo assim, Rumpf e colaboradores (2001) recomendam a utilização do MHI-5 no rastreio das perturbações do humor e perturbações de ansiedade.

A literatura sugere que 50 a 60% dos casos identificados no grupo em provável sofrimento psicológico seriam diagnosticados com uma ou mais perturbações nas entrevistas clínicas (Strand et al, 2003).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida pode ser definida como o que as pessoas querem para si ou consideram prioritário para as suas vidas. O conceito multidimensional de saúde abrange a qualidade de vida em diferentes domínios, dentre eles: o físico, o psicológico, a relação social e o meio ambiente (Paes, 2005).

O conceito de qualidade de vida vem sendo utilizado nos serviços de saúde desde 1970 (Castro et al, 2003) e a procura de qualidade de vida tem vindo a

emergir nos últimos trinta anos, sendo considerada um atributo importante no sector saúde, principalmente para a implementação de políticas públicas de saúde (Paschoal, 2001).

Na literatura, não existe consenso sobre o que deve ser levado em consideração para aceder à qualidade de vida de uma pessoa. Os instrumentos genéricos são os mais utilizados e avaliam de forma global os aspectos mais relevantes relacionados à qualidade de vida (Castro et al, 2003).

Com a preocupação de medir de forma adequada a qualidade de vida de uma comunidade, foi formado o grupo *World Health Organization Quality of Life Research Group*, para o desenvolvimento de um instrumento comum para quantificar a qualidade de vida (Fleck, Lousada & Xavier, 1999). A partir dos estudos desenvolvidos, foi desenhado e recomenda-se o uso do instrumento WHOQOL e são sugeridos três níveis diferenciados para a aplicação. O primeiro nível consiste na inclusão de uma única pergunta: “*How would you rate your quality of life?*”, o nível intermediário consiste na utilização de 8 itens e o último nível é o mais detalhado, contém 26 itens e os resultados podem ser classificados em quatro domínios distintos. A escolha do nível depende dos objectivos e da finalidade da investigação (Power, 2003).

No presente estudo, assim como no 4º INS, utilizou-se o nível intermediário de 8 itens do instrumento WHOQOL.

Desenho do estudo e procedimentos

É um estudo exploratório, descritivo e transversal, através do qual pretendemos efectuar um diagnóstico da situação da comunidade imigrante brasileira residente no distrito de Lisboa.

O questionário foi preparado para ser auto-explicativo e de auto-avaliação. Porém, a investigadora conduziu todas as entrevistas da amostra Conveniência e também a maior parte das entrevistas da amostra de *snowball*. Isto apenas não aconteceu nos casos em que os sujeitos levavam os inquéritos para serem respondidos por terceiros e depois devolvidos. Foram respondidos 19 inquéritos desta forma.

No caso da amostra de conveniência, após contacto prévio com o Consulado Geral do Brasil em Lisboa, a investigadora foi avisada que a população atendida apresentaria um nível de escolaridade baixo e foi sugerido que a investigadora conduzisse as entrevistas para ajudar à compreensão do inquérito pelas pessoas.

Quando o inquirido não entendia o significado de alguma pergunta, a pergunta era lida pelo entrevistador de forma lenta mas sem utilizar outras palavras, evitando a modificação do sentido original. Só em último caso, o entrevistador recorria à utilização de sinónimos para que o inquirido pudesse aceder ao significado da pergunta. O tempo aproximado de preenchimento foi de 15 minutos por respondente.

O trabalho de campo decorreu de Junho de 2006 a Julho de 2007.

O estudo principal foi precedido de uma fase de pré-teste para a adequação do inquérito. Foram aplicados, nesta fase, 10 questionários. Estes questionários não foram desprezados e fazem parte da amostra por não ter havido necessidade de fazer alterações.

Variáveis em Estudo

Variáveis Dependentes

Em algumas análises, estas variáveis foram também tratadas como variáveis independentes.

Inventário de Saúde Mental – MHI-5

Variável de *outcome* (dependente) segundo o critério metodológico. Foi utilizado um ponto de corte no *score* do MHI-5 igual ou menor a 52 para identificar os dois grupos com ou sem provável sofrimento psicológico (variável qualitativa nominal) (Meltzer, 2003).

Cada item do MHI-5 tem seis opções de resposta, do “sempre” ao “nunca”, e as pontuações vão do 0 ao 5. O resultado é transformado de forma linear numa escala de 0-100 de acordo com o procedimento recomendado para o cálculo do

MHI-5. Dois itens relacionados com à saúde mental positiva têm a cotação invertida (Ware et al, 1993).

Deste modo ser-nos-á possível, como pretendido, construir um índice de MHI-5, que passará pela média simples das variáveis em questão, após a sua recodificação (de uma escala de 6 pontos entre 1 e 6, para uma escala entre 0 e 100, com intervalos de 20 pontos), como definido pela OMS (Meltzer, 2003). Quanto maior o resultado, mais afastado estará em pertencer ao grupo em provável sofrimento psicológico, portanto apresentará melhor saúde mental.

De uma forma simplista, quanto maior a pontuação do MHI-5, mais afastado está o valor do ponto de corte (52) para o provável sofrimento psicológico e melhor será o nível de saúde mental.

O MHI-5 *score* foi classificado enquanto escala de 0-6 para se obter o nível de saúde mental dos inquiridos e utilizado como variável quantitativa intervalar. Este índice resulta da média da soma dos itens do MHI-5. Os inquéritos só foram computados para aceder ao índice quando todos os itens do MHI-5 foram respondidos.

Para além disto, foram utilizados os 5 itens do MHI-5 em separado: NERVOSO, DEPRIMIDO, CALMO, TRISTE e FELIZ (variáveis quantitativas intervalares) numa escala de 1 a 6 em que 1 = sempre e 6 = nunca, e em relação ao último mês. No estudo actual, foram utilizadas as seis opções. Há estudos que utilizam apenas 5 opções, mas ambas as possibilidades são aceitáveis (Rumpf et al, 2001).

Ao nível teórico os cinco itens de saúde mental agrupam-se em apenas um factor, o MHI-5, permitindo a construção de um índice a partir da média simples dos resultados obtidos nessas cinco variáveis.

De forma a aferir se nesta amostra encontramos o mesmo padrão, procedemos a uma análise factorial dessas variáveis, optando pelo método das componentes principais, que analisa toda a variância das variáveis, ou seja, aquela que nos é dada tanto pela variância comum, como pela variância única (composta por sua vez pela variância específica e pela variância devido ao erro, aqui combinadas, uma vez que a análise factorial não as distingue) (Bryman & Cramer, 2003).

A recomendação face à adequação da análise factorial para esta amostra, que nos é dada pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin, é boa ($KMO=.81$) (Maroco, 2007). Pode-se, deste modo, afirmar algum nível de confiança na solução encontrada, que é equivalente à demonstrada na literatura, ou seja, um factor explicativo de 63,74% da variância total, onde saturam de forma positiva e significativa todos os itens.

Para aferir sobre a fidelidade deste conjunto de itens, ou seja, sobre a sua consistência interna, calculamos o Alpha de Cronbach destes itens, que nos indicou uma boa consistência interna deste factor ($\alpha=0,85$) (Pestana & Gageiro, 2003). Em outros estudos estes foram os valores encontrados: $\alpha=0.74$ (Rumpf, 2001), $\alpha=0.89$ (McHorney & Ware, 1995, cit. por Rumpf, 2001), $\alpha=0.88$ (McCabe et al, 1996, cit. por Rumpf, 2001) e $\alpha=0.8$ (Strand et al, 2003). Os resultados da análise factorial encontram-se em anexo.

Variáveis Independentes

Variáveis sociodemográficas

- 1 - SEXO (variável qualitativa dicotómica) – feminino ou masculino.
- 2 - IDADE (variável quantitativa intervalar) – idade em anos.
- 3 - ESTADO CIVIL (variável qualitativa nominal) – solteiro, casado, separado e viúvo.
- 4 - FILHOS (variável qualitativa dicotómica) – ter ou não filhos.
- 5 - NÍVEL DE ENSINO (variável qualitativa nominal) – nível de escolaridade completo mais elevado;
- 6 - EQUIVALÊNCIA ACADÉMICA (variável qualitativa dicotómica) – a existência ou não de equivalência académica.
- 7 - EXERCÍCIO DA PROFISSÃO EM PORTUGAL (variável qualitativa dicotómica) – a existência, ou não, de exercício da profissão em Portugal.

8 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL (variável qualitativa nominal) – o tipo de ocupação principal relativo às duas últimas semanas.

9 - SITUAÇÃO PROFISSIONAL (variável qualitativa nominal) – a situação profissional nas últimas duas semanas.

10 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (variável qualitativa nominal) – de acordo com a Classificação Nacional das Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP, 1994).

11 - ESCALÃO DE HORAS DE TRABALHO SEMANAIS (variável qualitativa ordinal) – o escalão de horas de trabalho por semana.

Variáveis relacionadas com o processo migratório

12 - ANOS EM PORTUGAL (variável quantitativa intervalar) – o número de anos de residência em Portugal.

13 - NACIONALIDADE PORTUGUESA (variável qualitativa dicotómica) – existência, ou não, de dupla nacionalidade brasileira e portuguesa.

14 - ESTATUTO JURÍDICO-LEGAL (variável qualitativa dicotómica) – existência, ou não, de documentos válidos para a permanência e/ou residência em Portugal.

15 - TIPO DE DOCUMENTO (variável qualitativa ordinal) – tipo de documentação válida para a permanência e/ou residência em Portugal. A seguir, são explicados os tipos de vistos e autorizações que os estrangeiros podem possuir no país.

Toda a informação sobre a documentação foi retirada da Brochura informativa distribuída gratuitamente no ACIDI (ACIDI, 2007a). Em virtude da entrada em vigor da Lei nº 23/2007 de 4 de Julho, a nova Lei de Estrangeiros, trará alterações relevantes no que diz respeito à documentação. É necessário levar em linha de conta que a definição dos vistos é anterior a esta data.

Tipos de vistos concedidos: visto de escala; visto de trânsito; visto de curta duração; visto de residência; visto de estudo; visto de trabalho e visto de estada temporária. Outros documentos: autorização de permanência e autorização de residência.

É de salientar que no caso dos brasileiros não é preciso o pedido de um visto de turismo para a entrada em Portugal. Os brasileiros podem estar em Portugal por três meses e, após renovação, por mais três meses. Isto significa que na entrada no país nenhum brasileiro está irregular.

- Visto de escala: destina-se a permitir a passagem por um aeroporto ou porto. Serve para a utilização numa ligação internacional.
- Visto de trânsito: permite a entrada no país ao estrangeiro que se dirija para um país terceiro no qual tenha garantida a admissão. Duração máxima de 5 dias.
- Visto de curta duração: permite a entrada em Portugal para fins que não justifiquem a concessão de outro tipo de visto. Duração máxima de 1 ano.
- Visto de residência: destina-se a permitir a entrada no país a fim de solicitar uma autorização de residência. Pode ser concedido para a permanência até 6 meses.
- Visto de estudo: a finalidade é permitir ao estrangeiro seguir um programa de estudo, realizar trabalhos de investigação, frequentar estágios. Concedido por 1 ano. É possível renovar o visto.
- Visto de trabalho: destina-se a permitir a entrada em Portugal a fim de exercer uma actividade profissional. Pode ser concedido para a permanência até 1 ano.
- Visto de estada temporária: este visto permite a entrada para tratamento médico, para o reagrupamento familiar dos titulares de autorização de permanência e para casos excepcionais.
- Autorização de permanência: é um mecanismo legal criado pelo D.L. no 4/2001, de 10 de Janeiro, que permitia a permanência em Portugal a

estrangeiros que aqui se encontravam, que não eram titulares de visto adequado mas que possuíam contrato ou promessa de contrato de trabalho. A nova lei da imigração revogou o regime das autorizações de permanência. Mas as autorizações emitidas podem ser prorrogadas.

- Autorização de residência: é um documento que permite aos estrangeiros permanecer no país por tempo determinado ou indeterminado. As autorizações podem ser temporárias ou permanentes. Este título substitui o bilhete de identidade do cidadão estrangeiro.

16 - TIPOS DE DOCUMENTOS RECODIFICADO – (variável qualitativa nominal) – recodificação feita a partir da variável descrita acima em que a ausência e os tipos de documentos são agrupados da seguinte forma: a) sem documentação: para quem não tem documentos válidos para a permanência e/ou residência em Portugal; b) vistos de curta duração: vistos de duração de até 1 ano e c) vistos de longa duração: autorização de permanência ou residência.

17 - VIVER SOZINHO EM PORTUGAL (variável qualitativa dicotómica) – residir ou não sozinho em Portugal.

18 - INTENÇÃO DE RETORNO AO PAÍS DE ORIGEM (variável qualitativa dicotómica) – a existência de intenção ou não de retorno ao país de origem.

Variáveis relacionadas com a saúde e cuidados de saúde

19 - AUTO-APRECIACÃO DO ESTADO DE SAÚDE ACTUAL (variável quantitativa intervalar) – auto-apreciação do estado de saúde actual, numa escala de 1 a 5 em que 1= Muito bom e 5= Muito mau.

20 - ENTIDADE DE SAÚDE (variável qualitativa dicotómica) – ser ou não beneficiário de alguma entidade em matéria de cuidados de saúde.

21 - SEGURO DE SAÚDE (variável qualitativa dicotómica) – a existência, ou não, de seguro de saúde por parte dos inquiridos.

22 - DOENÇAS CRÓNICAS (variável qualitativa dicotómica) – se há ou não diagnóstico de alguma doença crónica.

23 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS (variável quantitativa intervalar) – o número de consultas médicas nos últimos três meses.

24 - NÚMERO DE CONSULTAS DE SAÚDE MENTAL (variável quantitativa intervalar) – o número de consultas a profissionais da área da saúde mental, nos últimos três meses.

25 - TIPO DA ÚLTIMA CONSULTA (variável qualitativa nominal) – o tipo de consulta da última vez que os inquiridos foram acompanhados.

26 - LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA (variável qualitativa nominal) – o local onde se realizou a última consulta.

27 - DESPESAS COM SAÚDE EM CONSULTAS; ANÁLISES E EXAMES DE DIAGNÓSTICO; MEDICAMENTOS; TRATAMENTOS e OUTROS GASTOS (variável quantitativa intervalar) – aceder às despesas gerais com saúde nas últimas duas semanas.

28 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS (variável qualitativa dicotómica) – existência, ou não, de consumo de medicamentos nas últimas duas semanas.

29 - QUADRO CLÍNICO ASSOCIADO AO MEDICAMENTO CONSUMIDO (variável qualitativa nominal) – a identificação do quadro clínico que motivou a utilização de medicamentos.

Variáveis relacionadas com a saúde reprodutiva e o planeamento familiar

30 - FREQUÊNCIA EM CONSULTAS DE SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR (variável qualitativa ordinal) – a frequência anual do acompanhamento médico em consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar.

31 - GRAVIDEZ ANTERIOR (variável qualitativa dicotómica) – a existência, ou não, de gravidez anterior.

32 - MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (variável qualitativa dicotómica) – a utilização ou não de métodos contraceptivos para prevenir uma eventual gravidez indesejável.

Variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida

33 - QUALIDADE DE VIDA (variável quantitativa intervalar) – auto-avaliação da qualidade de vida numa escala de 1 a 5 em que 1= Muito má e 5= Muito boa.

34 - SATISFAÇÃO COM ASPECTOS DA SUA VIDA (variável quantitativa intervalar) – Índice computado a partir da média simples de 7 variáveis correspondentes a: satisfação com a sua saúde, ter energia suficiente para o seu dia-a-dia, satisfação com a capacidade para realizar as actividades diárias, satisfação consigo próprio, satisfação com as suas relações pessoais, ter dinheiro suficiente para enfrentar as suas necessidades e satisfação com as condições do local que vive, numa escala de 1 a 5 em que 1= Muito má e 5= Muito boa. O conjunto perguntas da categoria Qualidade de vida, da 9.2 à 9.8, remetem para um mesmo constructo unidimensional: “satisfação com aspectos da sua vida”. Desta forma, certificámo-nos se os 7 itens medem de facto o mesmo constructo, através da medida de consistência interna Alpha de Cronbach. Segundo George e Mallery (2003), um valor Alpha de Cronbach superior a 0,7 é aceitável, logo o conjunto perguntas da categoria Qualidade de vida, dos pontos 9.2 a 9.8, remetem para um mesmo constructo unidimensional: “satisfação com aspectos da sua vida” (os resultados da Análise Factorial estão em anexo).

Área geográfica e população de referência

A fonte de informação utilizada para a definição da área geográfica e a população de referência foram as estatísticas oficiais disponibilizadas pelo SEF (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007).

Como atrás referido, actualmente a comunidade brasileira é uma das mais relevantes em Portugal e o carácter predominantemente laboral e económico da 2ª vaga de imigração concentrou os imigrantes nos grandes centros. Por esta razão, o distrito de Lisboa foi escolhido, pois conta com uma população de 27.603 imigrantes brasileiros residentes, enquanto o total a residir no país é de 65.463 pessoas (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007).

Estes dados são referentes à população residente no país em situação regular. Difícil é aceder ao número de imigrantes irregulares. Os dados sobre a imigração irregular são difíceis de contabilizar. Deste modo, as amostras recolhidas não permitem a generalização para o universo de imigrantes, que é desconhecido (Macedo, 2002; Téchio, 2006).

No entanto, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) estima que o número de imigrantes irregulares se situe entre 10 a 15% do total de imigrantes com estatuto regular. O mesmo relatório indica ainda que, todos os anos, chegam à Europa cerca de 500.000 imigrantes sem documentação (Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais, 2005).

E a própria amostra dos imigrantes regulares levanta algumas questões sobre o real número de imigrantes residentes num determinado distrito e/ou país. Após terem acesso à autorização de residência, especula-se que um número incerto de imigrantes parte de Portugal para outros países da União Europeia em busca de melhores salários. E, mesmo dentro de Portugal, pode haver uma mobilidade que faça com que o local onde foi angariada a documentação possa não ser o local de efectiva residência.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados para a recolha da amostra os seguintes critérios de inclusão:

- Ter nacionalidade brasileira;
- Ter idade igual ou superior aos 18 anos;
- Residir em Portugal há 1 ano, no mínimo;
- Residir, efectivamente, no distrito de Lisboa.

Desta forma, foram excluídas as pessoas que não nasceram no Brasil. Poderiam ter outras nacionalidades, mas a primeira deveria ser a brasileira. Foram excluídos os menores de 17 anos e seis meses. A residência em Portugal deveria ser no mínimo um ano e mantida de forma contínua. Foram excluídos do estudo os imigrantes que possuíam documentação de residentes em Lisboa mas que efectivamente não viviam no distrito e, em alguns casos, no país.

Amostras

O estudo contou com duas amostras distintas. Inicialmente, estava previsto apenas a realização de uma amostra da comunidade brasileira residente no distrito de Lisboa. A metodologia utilizada nesta primeira etapa foi o *snowball*.

Ao longo da realização dos inquéritos, a metodologia *snowball* mostrou-se insuficiente para configurar de forma mais aprofundada, e consequentemente, mais representativa, o grupo dos imigrantes irregulares.

Por conseguinte, utilizámos a metodologia de amostragem por conveniência para aceder a este grupo de pessoas de forma mais rápida.

Estes métodos de amostragem foram seleccionados também por representarem menos custos e serem mais viáveis que os métodos de amostragem aleatórios (Maroco, 2007).

Snowball

Inicialmente, era a única metodologia a ser utilizada para a recolha da amostra. É um tipo de amostragem não aleatória, ou seja, que não dispõe de nenhum mecanismo que garanta com rigor que quem é seleccionado detenha representatividade. Para tal, recorre-se ao julgamento humano (Vicente & Reis, 2001).

É designada de amostragem de propagação geométrica, ou também, “bola de neve” pois a amostra vai se tornando maior à medida que os próprios inquiridos identificam outros potenciais respondentes.

Para esta amostragem ser efectiva é necessário que o investigador consiga localizar de início um grupo de indivíduos que tenha as características desejadas ou que consiga indicar outros indivíduos que as tenham. É uma forma de amostra intencional em que o investigador pede a cada respondente, após ser entrevistado, nomes de outros sujeitos que podem ser igualmente inquiridos. É também utilizada para a inclusão na amostra de sujeitos pouco acessíveis, e este poderia ser considerado o caso dos imigrantes irregulares (Maroco, 2007).

Primeiro, foram identificadas cinco mulheres e cinco homens em situação de imigração há pelo menos um ano e que possuísem autorização de residência ou autorização de permanência. Após aplicação do inquérito, foi-lhes pedido que identificassem possíveis respondentes da comunidade brasileira, que estivessem em Portugal no mínimo há 1 ano, que residissem no distrito de Lisboa, que tivessem idade igual ou superior a 18 anos, e salientou-se que os imigrantes poderiam encontrar-se em qualquer condição jurídica, podendo estar ou não com a situação regularizada.

Uma mesma pessoa poderia indicar até ao máximo de sete pessoas. Mas os respondentes não eram informados deste número. Apenas no caso dos inquiridos que indicassem mais do que sete pessoas, era dada a indicação de que existia esse limite. Esta situação apenas aconteceu com uma pessoa identificada no grupo inicial e foi uma forma de não homogeneizar em excesso a amostra (o esquema /fluxograma do *snowball* encontra-se em anexo).

Este número foi definido para tentar colmatar um inconveniente resultante deste tipo de amostragem que é o facto dos sujeitos terem a tendência para indicar amigos ou pessoas de relação mais próxima, o que pode originar uma amostra de pessoas que pensam e se comportam de modo similar àquele que as indica.

Apenas imigrantes regulares detentores de Autorização de Residência (AR) ou de Permanência (AP) poderiam indicar novos inquiridos. Definimos esta condição pois nos dados estatísticos oficiais disponibilizados pelo SEF sobre as comunidades migrantes é indicado o número de pessoas com AP ou AR. Desta forma, poderíamos relacioná-los com o número de imigrantes em outras situações de migração.

Esta metodologia foi também escolhida para podermos reflectir de que forma os imigrantes estabelecem contactos e conhecimentos entre si. Deste modo, esta informação possibilitaria identificar dados da rede social formada pelas pessoas, pois são as próprias que indicam os respondentes subsequentes. E estes dados eram particularmente interessante no caso da imigração irregular.

A comunidade brasileira em Portugal é numerosa, mas pode considerar-se que os imigrantes em situação irregular tendem a formar um grupo mais restrito e invisível por medo de represálias. Por isso, aceder a eles através de pessoas já

conhecidas poderia diminuir a desconfiança que um inquérito como este poderia gerar.

As pessoas foram convidadas a participar. Inicialmente, o convite foi feito pela própria investigadora. Foram explicados os objectivos do estudo e realçado o carácter anónimo do trabalho. Marcámos os encontros com os inquiridos em locais escolhidos pelos próprios: na residência, no local de trabalho, em locais públicos como cafés e restaurantes, numa associação de imigrantes. Foi pedido que os participantes assinassem um termo de consentimento de participação (em anexo).

Em alguns casos, os próprios inquiridos levaram inquéritos para aplicarem nas pessoas identificadas como potenciais inquiridos, para serem a seguir devolvidos.¹

Conveniência

Da necessidade sentida na recolha da primeira amostra, atrás referida, resolvemos criar uma nova amostra apenas composta por pessoas que não estivessem com a situação regularizada (Fleck, 2002).

Como o próprio nome deste processo de amostragem indica, a selecção dos participantes é dada pela facilidade e/ou conveniência da forma como são identificados e com um objectivo bem definido (Maroco, 2007). Desta forma, definiu-se que o local ideal para a recolha desta amostra seria o Consulado Geral do Brasil em Lisboa, sito na praça Luís de Camões, ao Bairro Alto. Este foi o local escolhido pois por ali passam diariamente inúmeros brasileiros para pedir informações e esclarecimentos sobre legislação e para fazer requerimentos de

¹ As pessoas que receberam inquéritos para aplicar em potenciais inquiridos eram indivíduos de referência para a comunidade brasileira e que desenvolviam trabalho em associações de imigrantes. Além disto, já haviam participado em outras investigações. As informações acerca dos procedimentos de aplicação do inquérito foram dadas em uma formação.

documentos, procurações e declarações relativos também ao processo de regularização.

Neste tipo de amostragem por conveniência, os participantes são escolhidos porque se encontram onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos. A participação é como que “acidental” (Vicente et al, 2001). Ou seja, foram entrevistados aqueles que se encontravam no consulado no dia e durante o período de tempo definido para o desenvolvimento do trabalho de campo. Os indivíduos foram incluídos de forma consecutiva, a partir da sua chegada ao consulado.

A autorização foi concedida pelo Consulado e a recolha de dados foi realizada nos dias 2 e 9 de Abril, 7 e 14 de Maio e 2 e 16 de Julho de 2007. No total, foram inquiridas 66 pessoas.

Inicialmente, eram explicitados os objectivos do estudo, era realçado o carácter anónimo bem como a independência do consulado e de qualquer outro órgão ligado à imigração.

No caso desta amostra, foi inicialmente pedido aos participantes que assinassem um termo de consentimento de participação no estudo. Na amostra anterior, *snowball*, como havia um conhecimento prévio da investigadora, o consentimento não suscitava questões aos participantes.

Nesta amostra, a partir do terceiro dia de recolha, apenas se passou a solicitar o consentimento verbal, e a partir desse momento, não houve mais recusas em participar na investigação. O facto da própria recolha ser feita no Consulado gerava questões aos participantes sobre a independência do estudo. É um facto que as pessoas sem documentação se sentem amedrontadas e receiam que as autoridades as possam deportar para o Brasil (Téchio, 2006).

Cálculo do número de sujeitos (dimensão da amostra)

O universo em estudo é uma população que não está totalmente recenseada e, como já foi referido, não há possibilidade de conhecer os números reais dado o elevado número de imigrantes indocumentados e também pelo facto dos dados

oficiais disponibilizados serem restritivos em relação aos diferentes tipos de vistos existentes.

O relatório do SEF de 2007 indica que o número da população brasileira residente em Lisboa é de 27.603 pessoas (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007). Como este valor é inferior ao número de casos-limite necessário para classificar um universo finito – 100.000 casos, pode-se então considerar que a população residente em Lisboa é também um universo finito (Casa do Brasil de Lisboa, 2007).

Apesar do método da recolha das amostras não ter sido o aleatório simples, ainda assim, fez-se um cálculo inicial para definir o tamanho da amostra. Assim, escolhendo como variável dependente o PROVÁVEL SOFRIMENTO PSICOLÓGICO, pela relevância que detém no nosso estudo, com uma distribuição da resposta expectável em 25% da amostra, segundo a literatura conhecida (Carta et al, 2004; INE & INSA, 2007), e aceitando uma margem de erro de 5% para um nível de confiança de 90% (Hamburg, 1974), obtivemos uma dimensão para a amostra de 202 casos.

A dimensão total da amostra (somatório das amostras *snowball* e de conveniência) da presente investigação foi de 213 pessoas, ou seja, com dimensão superior à calculada ($n=202$).

Contabilizámos todas as entrevistas, mesmo no caso dos inquiridos indocumentados.

Recrutamento e perda de unidades em estudo

No total, foram entrevistadas 213 pessoas. Na amostra *Snowball*, não houve nenhuma recusa expressa em participar no estudo, porém 11 inquéritos não foram devolvidos. Recusaram a participação na amostra de Conveniência 10 mulheres e 6 homens, e outras pessoas foram excluídas por causa dos critérios definidos para a inclusão na amostra (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Fluxograma de amostragem, por sexo

	amostra Snowball (fem:masc)	amostra Conveniência (fem:masc)	Total (fem:masc)
N.º pessoas abordadas	179 <i>95:84</i>	129 <i>63:66</i>	308 <i>158:150</i>
Crítérios de exclusão	21 <i>9:12</i>	47 <i>19:28</i>	68 <i>28:40</i>
Recusa	11* <i>4:7</i>	16 <i>10:6</i>	27 <i>14:13</i>
N.º pessoas entrevistadas	147 <i>82:65</i>	66 <i>34:32</i>	213 <i>116:97</i>

** Inquéritos não devolvidos.*

Segundo a tabela acima, a taxa de pessoas excluídas foi de 22% e a taxa de recusa na participação no estudo foi de 9%. No total, a taxa de pessoas que participaram no estudo foi de 69%.

Estatística descritiva e analítica

Foram feitas análises descritivas utilizando parâmetros de tendência central (médias), de dispersão (desvio padrão) e de amplitude (valores mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas.

Foram aplicados os seguintes testes para a determinação de diferenças não devidas ao acaso (Bryman et al, 2003) entre grupos ($p < 0,05$):

- a) χ^2 ou FISHER – Procedemos igualmente a uma análise comparativa entre as frequências de dois grupos, recorrendo, para tal, ao teste mais indicado para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais, o

teste do Qui-Quadrado (χ^2) ou o teste de Fisher, quando as condições de aplicação do primeiro teste não foram satisfeitas² (Maroco, 2007).

b) CORRELAÇÕES – b.1) COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE BRAVAIS-PEARSON (R de Pearson) - Com o objectivo de verificar a existência, ou não, de uma relação entre variáveis contínuas x e z, recorremos ao coeficiente de correlação de Bravais-Pearson. b.2) COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN (R de Spearman) – esta medida de associação não-paramétrica foi utilizada com o objectivo de verificar a existência, ou não, de relação entre duas variáveis pelo menos ordinais (Maroco, 2007).

c) MANN-U-WHITNEY – Procedemos a utilização deste teste não-paramétrico para a análise entre duas amostras independentes com dados ordenáveis.

d) T-STUDENT – Já ao nível da análise comparativa entre os 2 níveis de uma variável x no que respeita a uma variável não nominal y, recorremos ao teste T-student, adequado para a comparação de médias entre duas amostras independentes (Bryman et al, 2003).

Quando queremos comparar dois níveis não relacionados (ou independentes) de uma variável x quanto a uma variável y de natureza não nominal (i.e., ordinais, intervalares ou de razão), Bryman e Cramer (2003) apresentam duas alternativas: a primeira de natureza paramétrica, o teste T-student, e a segunda de natureza não-paramétrica, o teste de Mann-Whitney. Tem sido descrito na literatura a necessidade de três condições para o recurso ao teste paramétrico, o mais potente: 1) nível de medição superior ao ordinal; 2) distribuição dos valores normal; e 3) homogeneidade de variâncias entre os dois grupos. Contudo, a

² 100% Eij (frequências esperadas) > 1; 80% Eij ≥ 5 e N > 20 para variáveis nominais ou 'categorizadas'. Eij corresponde à frequência esperada, i.e., corresponde a um cálculo do valor que se encontrará (probabilidade de...) em cada célula da tabela de contingência e que obtém pelo multiplicação dos valores do somatório de linha e de coluna de cada célula, dividindo-se pelo número total de sujeitos. Quando 100% dos Eij não são superiores a 1 ou 80% não são superiores a 5, o teste de Qui-quadrado não pode ser utilizado, recorrendo-se ao teste de Fisher.

necessidade de cada uma das condições apresentadas tem sido bastante contestada (Bryman et al, 2003). De facto, vários autores argumentam que também se podem utilizar testes paramétricos com variáveis ordinais (por exemplo, Lord, 1953, cit. por Bryman et al, 2003). Em relação à distribuição normal da variável, segundo o Teorema do Limite Central podemos afirmar que as variáveis em estudo a seguem, uma vez que o número de amostragem é superior a 30 (Maroco, 2007). De qualquer modo, mesmo se esta condição de normalidade não pudesse ser verificada, Bryman e Cramer (2003) apresentam vários estudos em que os testes paramétricos são robustos em relação a este pressuposto, como o são em relação ao pressuposto de homogeneidade de variâncias. Neste sentido, sempre que compararmos dois níveis de uma variável quanto a qualquer variável não nominal iremos dar prioridade ao teste paramétrico T-student em relação à sua alternativa não-paramétrica, o teste de Mann-Whitney.

e) ANOVA ONEWAY – Com vista a aferir se existe pelo menos um nível de uma variável x que difira significativamente dos outros níveis dessa variável no que respeita a uma variável quantitativa y realizou-se uma análise de variância (ANOVA ONEWAY) e, posteriormente, o teste de comparação múltipla de médias Tukey para localizar em que níveis essa diferença de médias é significativa. Pelos mesmos motivos apresentados anteriormente quanto à decisão pelo teste paramétrico T-student (Bryman et al, 2003), neste caso, não iremos recorrer à alternativa não-paramétrica na ANOVA ONEWAY, o teste de Kruskal-Wallis (Maroco, 2007).

Para efectuar a análise estatística foi utilizado como instrumento principal o programa informático SPSS (George & Mallery, 2003). Utilizamos também alguns calculadores matemáticos disponíveis na Internet para a computação de intervalos de confiança e razões de verosimilhança.

A seguir, apresentamos um quadro com os testes aplicados para as variáveis do estudo. Colocámos todos os *outputs* dos testes em anexo.

Tabela 2 – Tabela dos Testes a Aplicar

Variáveis		MHI5 – Score (Escala 0-6)	MHI5 – Score (Classe: estar ou não em PSP)
Nome*	Tipo ³	Intervalar (b) ⁴	Nominal
Sexo	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Idade	Intervalar (a)	R de Pearson	T-student
Estado Civil	Nominal	Estatística descritiva	
Filhos	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Nível de Ensino	Nominal; k=6	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Equivalência Académica	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Exercício Profissão em Pt	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Ocupação Principal	Nominal; k=4	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Situação Profissional	Nominal; k=6	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Ocupação Profissional	Nominal; k=9	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Escalão de Horas de Trabalho	Ordinal	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Anos em Portugal	Intervalar (a)	R de Pearson	T-student
Nacionalidade Portuguesa	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Estatuto	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Tipo de Documento Rec.	Nominal; k=3	Anova One-Way	Qui-quadrado (χ^2)
Viver sozinho	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Intenção de Retorno	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Estado de Saúde Actual	Intervalar (b)	R de Pearson	T-student
Entidade de Saúde	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)

³ A tipologia usada é baseada em Stevens (1946, cit. por Bryman et al, 2003): variáveis nominais, ordinais, intervalares(a), intervalares (b) e dicotómicas.

⁴ Segundo Bryman e Cramer (2003), esta variável pode ser considerada como intervalar pois como incluem um grande número de categorias, como é o caso das medidas de múltiplos itens em questionários, assume-se que estas variáveis têm propriedades similares às “verdadeiras” variáveis de intervalo.

Seguro de Saúde	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Doenças Crónicas	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Nº Consultas Médicas	Intervalar (a)	R de Pearson	T-student
Nº Consultas de SM	Intervalar (a)	R de Pearson	T-student
Tipo da Última Consulta	Nominal	Estatística descritiva	
Local da última Consulta	Nominal	Estatística descritiva	
Despesa com Saúde	Intervalar (a)	R de Pearson	T-student
Consumo de Medicamentos	Nominal	Estatística descritiva	
Quadro Clínico	Nominal	Estatística descritiva	
Consultas Saúde Reprodutiva	Ordinal	R de Spearman	Mann-Whitney
Gravidez anterior	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Métodos Contraceptivos	Dicotómica	T-student	Qui-quadrado (χ^2)
Qualidade de Vida	Intervalar (b)	R de Pearson	T-student
Satisfação Aspectos de Vida	Intervalar (b)	R de Pearson	T-student

No que respeita à estatística descritiva, foi utilizada a variável MHI-5 convertida em 2 classes (estar ou não em PSP), por motivos de facilidade de interpretação e de construção das tabelas de contingência.

Contudo, no que se refere à estatística inferencial, a operacionalização escolhida da variável MHI-5 foi também a na sua forma contínua (numa escala de 0-6, tal como as pessoas responderam no questionário), de forma a não reduzir a informação que se poderia obter (o que acontece quando se converte variáveis em classes).

RESULTADOS

Apresentação dos Resultados

Devido ao facto dos participantes deste estudo terem sido recrutados de dois modos diferentes, pelos motivos apresentados em “Amostras”, foi necessário verificar se os resultados do nosso estudo não se poderiam dever a esse facto. Neste sentido, comparamos os dois grupos variando quanto à natureza da amostragem em relação à totalidade das variáveis em estudo.

Foram encontradas diferenças quanto às variáveis:

- a) “anos de residência em Portugal”, sendo que os participantes da amostra de *snowball* vivem significativamente há mais anos em Portugal do que os participantes da amostra de conveniência (T-student: $t(209) = 4,892$; $p \leq 0,001$);
- b) “tipo de documento” em que a amostra de *snowball* apresenta mais indivíduos com documentos de longa duração (Mann-Whitney: $z = -10,747$; $p \leq 0,001$);
- c) “nível de ensino”, em que a amostra de *snowball* apresenta níveis de ensino mais elevados (Mann-Whitney: $z = -2,590$; $p \leq 0,01$);
- d) “documentos” em que há mais pessoas com documentos na amostra de *snowball* ($\chi^2(1) = 144,012$; $p \leq 0,001$);
- e) “equivalência académica” em que na amostra de *snowball* há mais participantes com equivalência académica ($\chi^2(2) = 13,251$; $p \leq 0,001$);
- f) “exercício da profissão em Portugal” em que na amostra de *snowball* há mais pessoas a exercer a profissão de formação ($\chi^2(2) = 33,753$; $p \leq 0,001$);
- g) “Seguro de saúde” em que na amostra de *snowball* há mais pessoas com seguros de saúde ($\chi^2(1) = 5,943$; $p \leq 0,05$).

Em relação às diferenças significativas encontradas entre as amostras, estas eram esperadas e estão de acordo com a literatura no que diz respeito aos anos de residência em Portugal. No sentido em que as diferenças encontradas são as

que resultam exactamente do esforço feito no sentido de aumentar a variabilidade da amostra, tornando-a deste modo mais representativa da grande variabilidade da comunidade brasileira imigrante no país, optamos por apresentar os resultados abandonando esta diferença metodologicamente induzida. Segue-se o estudo estatístico descritivo, em relação aos dados sociodemográficos e às informações sobre saúde e acesso aos cuidados de saúde, saúde mental e qualidade de vida.

Principais Resultados do Estudo Descritivo

Descrição sociodemográfica

Do total de participantes, 54,5% são mulheres (ver Tabela 3). Em relação à idade, os participantes apresentam uma média etária de 33,7 anos, um desvio-padrão de 10,7, com limite mínimo e máximo de 18 a 76 anos. Porém, 84,8% da amostra é composta por pessoas no grupo etário dos 18 aos 44 anos.

Tabela 3 - Resultados Descritivos das variáveis sociodemográficas

		Total (n=213)
Sexo (%)	feminino	54,5
Idade	x	33,7
	dp	10,7
	min-máx	18-76
(%)	até 24 anos	21,6
	25 anos – 34 anos	41,8
	35 anos – 44 anos	21,6
	45 anos – 54 anos	9,4
	55 anos ou mais	5,6
Estado civil (%)	solteiro	40,4
	casado	52,1
	separado/divorciado	5,6
	viúvo	0,9
	desconhecido	0,9
Vida conjugal (%)	sim	63,8
Filhos (%)	sim	58,2
Nº de filhos	x	1,9
	dp	1,0
	min-máx	1-5

Nesta amostra total, 52,1% das pessoas são casadas e 40,4% são solteiras. Em relação à vida familiar, 63,8% refere ter vida conjugal, o que aponta para uma diferenciação do que é ser casado e do que é ter uma união de facto. A média do número de filhos é de 1,9 com desvio-padrão de 1,0.

Em relação ao nível de escolaridade mais elevado que os inquiridos completaram (ver Tabela 4), a maior parte (40,8%) apresenta habilitações correspondentes ao 12º ano, 20,2% completaram o ensino fundamental, 12,2% o ensino pós-secundário e 19,7% o ensino superior.

Em relação à correspondência dos títulos, 16,2% possui equivalência académica e 16,0% exercem a sua profissão de formação em Portugal.

Tabela 4 - Resultados Descritivos das variáveis sócio-demográficas

		Total (n=213)
Nível de ensino (%)		
	nenhum	2,4
	ensino fundamental	20,2
	ensino secundário	40,8
	ensino pós-secundário	12,2
	ensino superior	19,7
	desconhecido	4,7
Equivalência académica (%)		
	sim	16,2
Exercício de Profissão (%)		
	sim	16,0
	não	64,8
	não tem formação específica	19,3

Em relação à ocupação profissional actual (ver Tabela 5), 55,4% exercem uma actividade profissional, 8,0% são domésticas e 7,1% são estudantes. As pessoas que não têm ocupação estavam desempregadas (8,5%) ou em outra situação de inactividade (7,5%).

Em relação à situação profissional, 59,6% referem trabalhar por conta de outrem, 11,8% trabalham por conta própria, 4,7% são empregadores e 1,4% trabalham para uma pessoa da família sem remuneração.

Tabela 5 - Resultados Descritivos das variáveis sociodemográficas

		Total (n=213)
Ocupação principal nas últimas duas semanas (%)		
	exerce uma profissão	55,4
	é aluno/estudante	7,1
	é dono/a de casa	8,0
	desempregado	8,5
	sem ocupação	7,5
	desconhecido	13,6
Situação profissional (%)		
	trabalha por conta de outrem	59,6
	trabalha por conta própria	11,8
	trabalha por conta própria como empregador	4,7
	trabalha para uma pessoa de família sem receber	1,4
	outra situação	7,0
	desconhecido	15,6
Ocupação profissional* (%)		
	Superiores Administração Pública ou Empresa	0,0
	Profissões Intelectuais e Científicas	8,9
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	6,6
	Pessoal Administrativo e Similares	9,4
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	25,4
	Trabalhadores da Agricultura e Pescas	2,3
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	11,3
	Operadores de Instalações, Máquinas e Montagem	5,6
	Trabalhadores Não Qualificados	17,4
	desconhecido	5,2
	não tem ou nunca teve profissão	8,0
Horas de trabalho semanais		
	x	48,3
	dp	27,5
	min-máx	1-90
<hr/>		
(%)	até 20 horas	17,0
	21 a 40 horas	26,8
	41 a 60 horas	29,5
	61 ou mais	4,3
	desconhecido	22,4

As ocupações profissionais principais dos inquiridos são: pessoal dos serviços e vendedores (25,4%), trabalhadores não qualificados (17,4%), operários, artífices e trabalhadores similares (11,3%), pessoal administrativo e similares (9,4%) e profissões intelectuais e científicas (8,9%).

Em relação à jornada de trabalho semanal, a média referida foi de 48,3 horas com desvio-padrão de 27,5 horas. De referir que 33,8% dos inquiridos afirmou trabalhar entre 41 a 90 horas semanais.

Estatuto jurídico-legal, residência em Portugal e intenção de retorno ao Brasil

Sobre o estatuto jurídico-legal (ver Tabela 6), 60,1% têm o seu processo regularizado. É de salientar que 6 pessoas indicaram ter também a nacionalidade portuguesa. Em relação ao tipo de documentos que os inquiridos com o estatuto jurídico regular possuem, a maior parte das pessoas possui Autorizações de Residência e permanência, agrupados em vistos de longa duração (35,4%).

O tempo de residência médio em Portugal é de 4,3 anos e o desvio padrão é de 4,2.

Tabela 6 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com o processo migratório

		Total (n=213)
Estatuto jurídico-legal (%)	sem documentos	39,9
	com documentos	60,1
tipo de documentos:		
Longa Duração		42,5
Curta duração		57,5
Anos de residência em Portugal	x	4,3
	dp	4,2
	min-máx	1-32

Outro dado que chama atenção é o de 23,9% dos participantes viverem sozinhos sem familiares em Portugal (ver Tabela 7).

Quando questionados acerca da intenção de retorno ao país de origem, 54,9% responderam que desejam retornar para o país de origem, 20,7% não desejam retornar e 24,4% não sabem responder a esta questão.

Os motivos principais apontados pelos inquiridos que responderam que pretendem retornar ao Brasil são: a família permanecer no Brasil, ter raízes no país, terem saudades, ter emigrado temporariamente por objectivos económicos e não estarem satisfeitos com as condições de vida em Portugal.

Por outro lado, os motivos principais apontados pelos inquiridos que responderam que não pretendem retornar ao Brasil são: o desemprego, a insegurança social, a violência e a falta de estabilidade no país de origem.

Para quem não sabe se pretende ou não retornar ao Brasil, os motivos decisivos são as oportunidades e as condições de vida que os sujeitos terão em Portugal.

Tabela 7 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com o processo migratório

		Total (n=213)
Vive sozinho (%)		
	sim	23,9
Intenção de voltar ao país de origem (%)		
	sim	54,9
	não	20,7
	não sabe	24,4

Estado de saúde e utilização dos serviços de saúde

Acerca da auto-apreciação do estado de saúde actual (ver Tabela 8), 79,8% dos participantes consideram o seu estado de saúde muito bom ou bom, 16,9% consideram-no razoável e 0,9% consideram-no mau ou muito mau.

Apenas 38,0% dos inquiridos referiu ser beneficiário de alguma entidade em relação aos cuidados de saúde, e destes, 90,9% são beneficiários do SNS.

Também foram questionados sobre seguros de saúde, e 25,8% referiram ter seguros de saúde.

Em relação ao diagnóstico de doenças crónicas, 13,1% responderam que já haviam recebido este diagnóstico. As doenças referidas foram: alergias, asma, ansiedade, bronquite, depressão, gastrite, hepatite C, hipertensão arterial, lúpus, osteoporose e VIH/Sida.

Sobre a utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses (ver Tabela 8), 60,6% não foram a consultas médicas e 32,4% foram entre 1 a 3 consultas. Em relação a outros tipos de consultas, 14,5% relataram consultas a outros técnicos de saúde (incluindo terapias complementares) e 2,7% foram a consultas da área da saúde mental.

A última consulta dos inquiridos foi predominantemente em clínica geral (34,8%), porém 34,3% não se lembravam da última consulta. Acerca do local onde havia sido realizada esta última consulta, para 26,3% foi realizada em Centros de Saúde, 12,7% em Hospitais, 10,4% em clínicas e/ou consultórios privados e

35,2% não sabiam indicar o local. Outro dado é que 12,7% responderam que esta última consulta se realizou no Brasil, apesar de não ter sido perguntado directamente.

Tabela 8 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com saúde e cuidados de saúde

		Total (n=213)
Auto-apreciação do estado de Saúde Actual (%)	muito bom + bom	79,8
	razoável	16,9
	muito mau + mau	0,9
	desconhecido	2,4
Beneficiário de que entidade (%)	sim	38,0
Seguro de Saúde (%)	sim	25,8
Doença crónica	sim	13,1
Nº de consultas médicas nos últimos 3 meses (%)	0	60,6
	1-3	32,4
	4 ou mais consultas	2,3
	desconhecido	4,7
Nº de consultas com Técnico de Saúde nos últimos 3 meses (%)	0	81,3
	1-3	11,7
	4 ou mais consultas	2,8
	desconhecido	4,2
Nº de consultas com Técnico de Saúde Mental nos últimos 3 meses (%)	0	93,5
	1	0,5
	4 ou mais consultas	2,2
	desconhecido	3,8
Tipo de consulta da última vez que foi visto (%)	Clínica geral	34,8
	Ginecologia / Planeamento familiar	9,4
	Urgência	4,7
	Medicina do trabalho	4,2
	Psiquiatria	0,5
	Outras especialidades	12,1
	desconhecido	34,3
Última consulta	Brasil	12,7
	Portugal	87,3
	Centro de Saúde	26,3
	Hospital	12,7
	Clínica / Consultório privado	10,4
	Medicina do trabalho	2,9
	desconhecido	35,2

Em relação às despesas de saúde (ver Tabela 9), os medicamentos representaram o maior gasto com média de 18,8 Euros e desvio-padrão de 49,6, seguido dos tratamentos com média de 17,6 Euros e desvio-padrão de 13,39.

Tabela 9 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com saúde e cuidados de saúde

		Total (n=213)
Despesas de Saúde (€)		
consultas	x	11,0
	dp	5,97
	min-máx	0-250
análises e exames	x	3,3
	dp	3,54
	min-máx	0-100
medicamentos	x	18,8
	dp	7,04
	min-máx	0-500
tratamentos	x	17,6
	dp	13,39
	min-máx	0-2300
outros	x	3,4
	dp	4,07
	min-máx	0-150
Consumo de medicamentos nas últimas 2 semanas (%)		
	sim	52,6 ⁵
dor de cabeça ou enxaqueca		22,6
outra dor		15,5
problemas de estômago		8,0
ansiedade ou nervosismo		4,7
tensão arterial elevada		4,7
depressão		2,8
outras condições		24,2

O consumo de medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista foi realizado por 52,6% dos inquiridos (ver Tabela 9). Os principais motivos deste consumo estão associados à dor de cabeça e/ou enxaqueca (22,6%), a outro

⁵ A percentagem de pessoas que consumiram medicamentos nas últimas duas semanas é menor que a percentagem total do consumo dos tipos de medicação. Isto porque algumas pessoas fizeram uso de mais de um tipo de medicamento nas últimas duas semanas.

tipo de dor (15,5%) e a problemas de estômago (8,0%). Ainda em relação ao consumo de medicamentos, 4,7% consumiram medicamentos para ansiedade ou “nervosismo” e 2,8% para a depressão.

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

Em relação às consultas na área da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (ver Tabela 10), 18,7% das entrevistadas costuma ser seguida uma ou mais vezes por ano. Em relação às restantes inquiridas, 61,5% não responderam com que frequência vão às consultas, enquanto 7,5% vão quando é necessário.

Destas inquiridas, 62,5% já estiveram grávidas e 3,5% estavam grávidas na altura do questionário.

Apesar de um número relevante não ter respondido a esta questão (55,9%), a pílula é o método contraceptivo mais utilizado (19,7%), seguindo-se o preservativo (8,4%) e a laqueação das trompas (4,7%). Para 6,5% das entrevistadas, a resposta foi Nenhum método.

Tabela 10 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com saúde reprodutiva e planeamento familiar

		Total (n=116)
Frequência de consultas por ano de Saúde Reprodutiva (%)		
	sem frequência	12,2
	quando necessário/raramente	7,5
	anualmente	13,1
	mais de uma vez por ano	5,6
	desconhecido	61,5
Gravidez (%)		
	sim	62,5
	não	34,0
	actualmente está grávida	3,5
Método contraceptivo (%)		
	pílula anticoncepcional	19,7
	preservativo	8,4
	Laqueação das trompas	4,7
	outros métodos	4,7
	nenhum	6,5
	desconhecido	55,9

Qualidade de vida e Satisfação com aspectos da vida

A qualidade de vida Muito Boa ou boa foi referida por 71,9% dos participantes (ver Tabela 11), 23,1% consideram a sua qualidade de vida Nem boa nem má e 2,7% consideram-na Má ou Muito má.

Em relação à satisfação com aspectos da vida, 73,2% estavam Muito satisfeitos ou satisfeitos, 22,5% Nem satisfeitos nem insatisfeitos e 1,4% estão insatisfeitos. Ninguém referiu estar Muito insatisfeito.

Tabela 11 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida

		Total (n=213)
Qualidade de vida (%)		
	muito má ou má	2,7
	nem boa nem má	23,1
	muito boa ou boa	71,9
	desconhecido	2,3
Satisfação com aspectos da vida (%)		
	insatisfeito	1,9
	nem satisfeito nem insatisfeito	22,5
	muito satisfeito ou satisfeito	73,2
	desconhecido	2,3

Resultados relativos ao MHI-5

Os resultados obtidos são classificados através de um indicador de saúde mental (MHI-5) que mede a existência provável de sofrimento psicológico. Desta forma, é possível afirmar que estão em provável sofrimento psicológico 23,3% dos participantes (ver Tabela 12). Estes grupos são definidos pelo *score* do MHI-5, a partir do ponto de corte no *score* igual ou menor que 52 para identificar o grupo em provável sofrimento psicológico.

Tabela 12 - Resultados Descritivos do MHI-5

MHI-5 (%)	Total (n=206)
≤ 52 (provável sofrimento psicológico PSP)	23,3
> 52	76,7
x	69,44
dp	21,165
min-máx	4-100
Percentis: 25	56
50	76
75	84

MHI-5

Nas questões que avaliavam as 5 variáveis em separado do MHI-5 nas últimas quatro semanas (ver Tabela 13), mais de metade dos indivíduos (57,7%) “nunca” ou por “pouco tempo” se sentiram “muito nervosos” e 19,8% se sentiram “muito nervosos” “sempre”, “a maior parte do tempo” ou por “bastante tempo”.

Em relação a sentirem-se “tão deprimidos que nada os animava”, 72,3% respondeu que “nunca” ou por “pouco tempo” se sentiram desta forma, enquanto 9,9% dos inquiridos responderam que se sentem “sempre”, “a maior parte do tempo” ou “bastante tempo” desta forma.

“Nunca” ou por “pouco tempo” foi a resposta dada por 20,1% dos sujeitos e “sempre”, “a maior parte do tempo” ou “bastante tempo” foi a resposta dada por 60,2% quando perguntados acerca de sentirem-se “calmos e tranquilos”.

Em relação a sentirem-se “tristes e em baixo”, 66,6% respondeu que “nunca” ou por “pouco tempo” se sentiram desta forma, por outro lado 9,9% dos inquiridos responderam que se sentem “sempre”, “a maior parte do tempo” ou “bastante tempo” assim.

Quando perguntados sobre sentirem-se “felizes”, “sempre”, “a maior parte do tempo” ou por “bastante tempo” foi a resposta de 66,7% dos sujeitos e “nunca” ou por “pouco tempo” de 16,9%.

Tabela 13 - Frequências do MHI-5

Variável	sempre	a maior parte do tempo	bastante tempo	algum tempo	pouco tempo	nunca	não sabe
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu (%)							
- muito nervoso/a	6,1	8,0	5,7	20,6	38,0	19,7	1,8
- tão deprimido/a	1,4	4,7	3,8	15,9	31,0	41,3	1,8
- calmo/a e tranquilo/a	15,5	31,5	13,2	16,9	15,0	5,1	2,8
- triste e em baixo/abatido/a	1,4	4,7	3,8	21,1	39,4	27,2	2,3
- feliz	18,7	31,5	16,5	13,6	14,1	2,8	2,8

Factores de risco

Anteriormente, foi descrita a estrutura sociodemográfica e as características da população. A seguir, serão apresentados e caracterizados os dois grupos em separado: grupo sem provável sofrimento psicológico (SEM PSP) e grupo em provável sofrimento psicológico (COM PSP). Estes grupos são definidos pelo MHI-5 *score*, a partir do ponto de corte no *score* igual ou menor que 52 para identificar o grupo em provável sofrimento psicológico. Além desta análise, utilizamos o MHI-5 *score* e seus itens em separado enquanto variáveis quantitativas intervalares.⁶

Tabela 14 – Variáveis Sociodemográficas

		SEM PSP n=160 %		COM PSP n=49 %		TOTAL n=209 %	
Sexo	feminino	82	51,3	33	67,3	115	55,0
	masculino	78	48,8	16	32,7	94	45,0
Idade	x	33,88		32,47		33,55	
	dp	11,230		9,030		10,711	
	min-máx	18-76		18-55		18-76	
Vida conjugal	sim	97	60,6	34	69,4	131	62,7
	não	60	37,5	15	30,6	75	35,9
	desconhecido	3	1,9	0	0,0	3	1,4

⁶ Ver tabela 2.

Filhos	sim	91	56,9	30	61,2	121	57,9
	não	69	43,1	19	38,8	88	42,1
Nível de ensino							
	nenhum	5	3,1	0	0,0	5	2,4
	ensino fundamental	33	20,6	9	18,4	42	20,1
	ensino secundário	63	39,4	23	46,9	86	41,1
	ensino pós-secundário	18	11,3	7	14,3	25	12,0
	ensino superior	35	21,9	6	12,2	41	19,6
	desconhecido	6	3,8	4	8,2	10	4,8

Procedeu-se a uma análise comparativa entre as frequências dos dois grupos, estar ou não em provável sofrimento psicológico, para tal, utilizamos o teste mais indicado para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais, o teste do Qui-Quadrado ou o teste de Fisher. Como esperado a partir da análise das frequências, é possível verificar diferenças significativas relativas ao sexo. Desta forma, podemos afirmar que estar ou não em provável sofrimento psicológico não é independente do sexo ($\chi^2(1)$ 3,928; $p \leq 0.51$).

A partir do teste T-student para comparação de amostras independentes, neste caso homens e mulheres, procedemos uma análise do MHI-5 *score* e, também, uma análise aos itens do MHI-5 em separado (variáveis quantitativas intercalares): nervoso, deprimido, calmo, triste e feliz. Esta análise, em separado, dos itens permitiu uma avaliação mais aprofundada do contributo diferencial da cada variável e permitiu a localização das diferenças em itens. Desta forma, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. No caso dos homens, os valores são mais elevados para as variáveis calmo ($t(205) = 3,245$; $p \leq 0,001$); feliz ($t(205) = 3,219$; $p \leq 0,001$); e MHI-5 *score* ($t(204) = 3,682$; $p \leq 0,001$). Além disto também apresentam valores mais baixos para nervoso ($t(207) = -2,288$; $p \leq 0,023$); deprimido ($t(207) = -2,471$; $p \leq 0,014$) e triste ($t(206) = -2,910$; $p \leq 0,004$). Os homens apresentam assim melhores resultados em relação ao MHI-5 que as mulheres.

Em relação a outras variáveis referidas na Tabela 14 (idade, vida conjugal, filhos e nível de ensino) não foram encontradas diferenças significativas relativas aos testes utilizados.

Tabela 15 – Variáveis Sociodemográficas

	SEM PSP		COM PSP		TOTAL	
	n=160	%	n=49	%	n=209	%
Ocupação principal						
exerce uma profissão	91	56,9	24	49,0	115	55,0
é aluno/estudante	13	8,1	2	4,1	15	7,2
é dono/a de casa	12	7,5	4	8,2	16	7,7
desemprego / outra situação	25	15,6	9	18,4	34	16,3
desconhecido	19	11,9	10	20,4	29	13,9
Ocupação profissional						
Intelectuais e Científicas	15	9,4	4	8,2	19	9,1
Profissionais Nível Intermédio	9	5,6	2	4,1	11	5,3
Administrativo e Similares	16	10,0	4	8,2	20	9,6
Serviços e Vendedores	40	25,0	19	38,8	59	28,2
Agricultura e Pescas	5	3,1	0	0,0	5	2,4
Operários e Similares	21	13,1	4	8,2	25	12,0
Operadores de Máquinas	7	4,4	1	2,0	8	3,8
Trabalhadores Não Qualificados	24	15,0	10	20,4	34	16,3
desconhecido	7	4,4	4	8,2	11	5,3
não tem ou nunca teve profissão	16	10,0	1	2,0	17	8,1
Horas semanais de trabalho						
x	38,42		39,59		38,69	
dp	17,222		19,998		17,918	
min-máx	1-90		8-78		1-90	
Exercício da Profissão em Portugal						
sim	25	15,6	8	16,3	33	15,8
não	107	66,9	29	59,2	136	65,1
não tem formação	23	14,4	12	24,5	35	16,7
desconhecido	5	3,1	0	0,0	5	2,4

Para aferir se existe pelo menos um nível do escalão de horas semanais de trabalho que difere significativamente dos outros níveis do escalão total de horas no que respeita às variáveis referentes ao MHI-5, realizou-se uma análise de variância (ANOVA ONEWAY) e, posteriormente, o teste Tukey para localizar em que níveis essa diferença de médias é significativa.

Existe, pelo menos, 1 escalão de horas de trabalho que difere significativamente dos outros quanto às variáveis: deprimido ($F(3;156) = 4,270$; $p \leq 0,006$); triste ($F(3;155) = 2,794$; $p \leq 0,042$) e MHI-5 score ($F(3;154) = 2,772$; $p \leq 0,043$). A seguir, o teste Tukey foi utilizado para localizar em que níveis essa diferença de médias é significativa e este encontra-se no escalão horário das 61 a 80 horas semanais de trabalho. Os melhores resultados em relação ao item deprimido foram encontrados no escalão de 21 a 40 horas, enquanto os piores resultados foram encontrados no escalão das 61 a 80 horas.

Em relação às outras variáveis descritas na Tabela 15, não foram encontradas diferenças significativas (todos os $p \geq 0.1$).

Tabela 16 – Variáveis relacionadas com o processo migratório

		SEM PSP		COM PSP		TOTAL	
		n=160	%	n=49	%	n=209	%
Vive sozinho	não	119	74,4	39	79,6	158	75,6
	sim	41	25,6	10	20,4	51	24,4
Nacionalidade Portuguesa	sim	5	3,1	1	2,0	6	2,9
	não	155	96,9	48	98,0	203	97,1
Documentos válidos	sim	97	60,6	28	57,1	125	59,8
	não	63	39,4	21	42,9	84	40,2
Tipo de documentos válidos	não	63	39,4	21	42,9	84	40,2
	curto prazo	43	26,9	12	24,5	55	26,3
	longo prazo	53	33,1	16	32,7	69	33,0
	desconhecido	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Anos em Portugal	x	4,25		4,42		4,29	
	dp	4,243		4,201		4,189	
	min-máx	1-32		1-20		1-32	
Intenção de retorno	sim	88	55,0	28	57,1	116	55,5
	não	32	20,0	10	20,4	42	20,1
	não sabe	40	25,0	11	22,4	51	24,4

Em relação a Tabela 16, e para verificar a existência, ou não, de uma relação entre a variável intervalar anos de residência em Portugal e o MHI-5 (intervalar) e os seus itens em separado, recorreremos ao coeficiente de correlação R de Pearson. Foi encontrada relação tendenciosamente significativa entre a variável anos de residência em Portugal e o item deprimido ($r= 0,129$; $p\leq 0,069$). Por isto, é possível afirmar que quando uma aumenta a outra diminui. Quanto mais anos em Portugal, melhores são os resultados para o item deprimido.

Com o objectivo de verificar a existência, ou não, de uma relação entre a variável intervalar anos de residência em Portugal e as restantes variáveis contínuas, recorreremos ao coeficiente de correlação de Bravais-Pearson. Desta análise, foram encontradas relações significativas entre a variável anos de residência em Portugal e a variável idade ($r= 0,343$; $p\leq 0,001$). Por isto, é possível afirmar que quando uma aumenta a outra aumenta também.

Tabela 17 – Variáveis relacionadas com a Saúde e cuidados de Saúde

	SEM PSP		COM PSP		TOTAL	
	n=160	%	n=49	%	n=209	%
Estado de Saúde actual						
muito bom + bom	133	83,1	35	71,4	168	80,4
razoável	22	13,8	13	26,5	35	16,7
mau + muito mau	1	0,6	1	2,0	2	1,0
desconhecido	4	2,5	0	0,0	4	1,9
Entidade de Saúde						
sim	61	38,1	19	38,8	80	38,3
não	92	57,5	27	55,1	119	56,9
desconhecido	7	4,4	3	6,1	10	4,8
Seguro de Saúde						
sim	46	28,8	8	16,3	54	25,8
não	110	68,8	41	83,7	151	72,2
desconhecido	4	2,5	0	0,0	4	1,9
Doenças crónicas						
sim	17	10,6	12	24,5	29	13,9
não	138	86,3	34	69,4	172	82,3
desconhecido	5	3,1	3	6,1	8	3,8
Consultas Saúde Geral						
sim	59	36,9	13	26,5	72	34,4
não	95	59,4	33	67,3	128	61,2
desconhecido	6	3,8	3	6,1	9	4,3
Consultas Saúde Mental						
sim	4	2,5	1	2,0	5	2,4
não	152	95,0	45	91,8	197	94,3
desconhecido	4	2,5	3	6,1	7	3,3

Utilizamos o teste T-student para comparação de amostras independentes, estar ou não em provável sofrimento psicológico e a auto-apreciação do estado de saúde actual (ver Tabela 17), é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. O estado de saúde é actual é significativamente inferior no grupo em provável sofrimento psicológico ($t(203) = -3,122$; $p \leq 0,002$).

Com o objectivo de verificar a existência, ou não, de uma relação entre a variável intervalar MHI-5 score e a auto-apreciação do estado de saúde actual, recorremos ao coeficiente de correlação R de Pearson. Desta análise, foram encontradas relações significativas entre o MHI-5 score e o estado de saúde ($r = 0,224$; $p \leq 0,01$). É possível desse modo afirmar que existe uma correlação positiva entre as variáveis.

Em relação à ser ou não beneficiário de alguma entidade de cuidados de saúde, utilizamos o Qui-Quadrado e o resultado encontrado aponta para a independência desta variável e o estar ou não em provável sofrimento psicológico.

A partir do teste T-student para comparação de amostras independentes, pessoas com seguro de saúde e sem seguro de saúde, no que respeita às variáveis relativas ao MHI-5 (intervalar): nervoso, deprimido, calmo, triste, feliz e MHI-5 score, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. No caso de quem tem seguro de saúde os resultados são melhores no MHI-5 score ($t(200) = 2,408$; $p \leq 0,017$), na variável calmo ($t(201) = 2,318$; $p \leq 0,021$), na variável deprimido ($t(203) = 2,966$; $p \leq 0,003$) e triste ($t(202) = 1,896$; $p \leq 0,059$).

Procedeu-se a uma análise comparativa entre as frequências dos dois grupos, ter ou não doença crónica, recorrendo, mais uma vez, ao teste mais indicado para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais, o teste do Qui-Quadrado ou o teste de Fisher. É possível verificar diferenças significativas relativas ao estar ou não em provável sofrimento psicológico. Podemos, então, afirmar que ter ou não doenças crónicas não é independente de estar ou não em provável sofrimento psicológico ($\chi^2(20) = 32,49$; $p \leq 0,05$).

A utilização do teste T-student para comparação de amostras independentes permitiu aceder às diferenças em relação a ter ou não ter doença crónica e os resultados relativos ao MHI-5. Quem tem doença crónica apresentou piores resultados no MHI-5 score ($t(196) = -2,968$; $p \leq 0,003$), na variável calmo ($t(197) = -3,208$; $p \leq 0,002$) e na variável nervoso ($t(199) = 3,941$; $p \leq 0,001$).

Procedemos a outras análises entre variáveis para além do MHI-5 score. A seguir, apresentamos os resultados encontrados.

Em outras análises entre as demais variáveis relativas aos cuidados de saúde, procedemos a uma análise comparativa entre as frequências dos grupos, ser ou não beneficiário de alguma entidade em relação aos cuidados de saúde. Foi possível verificar diferenças significativas, relativas aos escalões etários ($\chi^2(6) = 16,224$; $p \leq 0,007$), ter ou não ter doença crónica ($\chi^2(1) = 5,127$; $p \leq 0,033$) e ter ou não documentos ($\chi^2(1) = 5,309$; $p \leq 0,028$). Desta forma, podemos afirmar que ser ou não beneficiário de alguma entidade não é independente dos escalões etários, ter ou não ter doença crónica e ter ou não documentos.

Em relação aos escalões etários, no escalão dos 35 aos 44 anos, o número de beneficiários supera o número de não beneficiários.

No grupo das pessoas que já haviam recebido o diagnóstico de doença crónica, o número foi maior de pessoas beneficiárias de alguma entidade em matéria de cuidados de saúde. No grupo das pessoas que não possuíam doenças crónicas, o número de pessoas que não são beneficiárias é maior.

No grupo de participantes com situação regularizada, o número de beneficiários foi similar, porém menor que o número de pessoas que não são beneficiárias. Em relação ao grupo de participantes irregulares, o número de beneficiários foi menos da metade dos que não são beneficiários de entidade nenhuma.

A partir do teste T-student para comparação de amostras independentes, neste caso os que são beneficiários de alguma entidade e os que não são beneficiários, no que respeita aos anos de residência em Portugal, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. Quem é beneficiário tem mais anos de residência em Portugal ($t(198) = 2,834$; $p \leq 0,005$).

Utilizou-se, mais uma vez, o T-student para comparar amostras independentes, ter ou não ter seguro de saúde, no que respeita às variáveis relativas ao número de consultas médicas e consultas específicas de saúde mental nos últimos três meses, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos em relação a ter seguro de saúde e ter consultas de saúde mental ($t(199) = 2,293$; $p \leq 0,023$).

Em relação ao uso de serviços de saúde, procedemos às seguintes análises.

Procedeu-se a uma análise comparativa entre as frequências dos dois grupos, ter ou não ter frequentado consultas nos últimos três meses, recorrendo, mais uma vez, ao teste mais indicado para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais, o teste do Qui-Quadrado ou o teste de Fisher. Como esperado a partir da análise das frequências, é possível verificar diferenças significativas relativas ao sexo. Desta forma, podemos afirmar que ter ou não consultas não é independente do sexo ($\chi^2(1) = 17,257$; $p \leq 0,001$). O número de mulheres que esteve em consultas foi similar ao número de mulheres que não esteve em consultas médicas nos últimos três meses. Os homens que

estiveram em consultas são menos que um terço dos que não estiveram em consultas nos últimos três meses.

Na análise comparativa entre as frequências entre grupos relativos ao tipo de documentação e ter ou não ter frequentado consultas nos últimos três meses, recorrendo, para tal, ao teste mais indicado para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais, o teste do Qui-Quadrado ou o teste de Fisher. É possível verificar diferenças entre os grupos no que respeita à não ter documentação, ter documentos de curto prazo e documentos de longo prazo. Desta forma, podemos afirmar que ter ou não consultas não é independente do tipo de documentação ($\chi^2(2) = 7,294$; $p \leq 0,026$). O número de pessoas que não têm documentos constitui o maior grupo de pessoas que não esteve em consultas nos últimos três meses.

Ainda em relação à realização de consultas nos últimos três meses, foi utilizado o teste T-student para comparar amostras independentes, ter ou não ter consultas nos últimos três meses, no que respeita à variável anos de residência em Portugal e é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. Quem tem consultas tem tendencialmente mais anos de residência em Portugal ($t(204) = -1,750$; $p \leq 0,082$).

A utilização do coeficiente de correlação de Bravais-Pearson permitiu encontrar relações significativas entre as horas semanais de trabalho e as consultas médicas nos últimos três meses ($r = 0,163$; $p \leq 0,040$), por isto é possível afirmar que quando uma variável aumenta, a outra aumenta também.

Outra correlação encontrada é relacionada com a variável anos de residência em Portugal que se correlaciona positivamente com a variável despesas em saúde ($r = 0,209$; $p \leq 0,009$).

Tabela 18 – Variáveis relacionadas com a Saúde reprodutiva e planeamento familiar

	SEM PSP		COM PSP		TOTAL	
	n=82	%	n=33	%	n=115	%
Frequência de consultas						
sem frequência	16	19,5	10	30,3	26	22,6
quando necessário / raramente	9	11,0	7	21,2	16	13,9
anualmente	21	25,6	7	21,2	28	24,3
mais de uma vez por ano	9	11,0	3	9,1	12	10,4
desconhecido	27	32,9	6	18,2	33	28,7
Gravidez anterior						
sim	50	61,0	20	60,6	70	60,9
não	25	30,5	12	36,4	37	32,2
actualmente	3	3,7	1	3,0	4	3,5
desconhecido	4	4,9	0	0,0	4	3,5
Métodos contraceptivos						
sim	60	73,2	23	69,7	83	72,2
não	21	25,6	9	27,3	30	26,1
desconhecido	1	1,2	1	3,0	2	1,7

Em relação à Tabela 18, e para uma análise comparativa entre as frequências dos dois grupos relativos à Saúde reprodutiva, recorreu-se, para tal, o teste T-student para comparação de amostras independentes, neste caso fazer ou não utilização de método contraceptivo. É possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos e a variável triste relativa ao MHI-5. Desta forma, as mulheres que faziam uso de métodos contraceptivos apresentaram valores menores em relação ao item triste ($t(111) = -2,007$; $p \leq 0,047$). Quanto menor o resultado, pior é o nível de saúde mental.

Em relação à frequência em consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado ou o teste de Fisher, mais indicados para a comparação de amostras independentes em relação a variáveis nominais. A partir da análise das frequências, é possível verificar diferenças entre os grupos no que respeita à ter ou não ter documentação ($\chi^2(3) = 13,549$; $p \leq 0,003$). De seguida, em outra análise referente aos tipos de documentação (não ter, documentação de curta duração e documentação de longa duração), foram encontradas diferenças ($\chi^2(6) = 13,761$; $p \leq 0,031$). A frequência em consultas é maior no grupo com documentação e no grupo com documentos de longa duração.

Tabela 19 – Variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida e a Satisfação com a vida

	SEM PSP		COM PSP		TOTAL	
	n=160	%	n=49	%	n=209	%
Qualidade de Vida actual						
muito má + má	2	1,3	4	8,2	6	2,9
nem boa nem má	28	17,5	21	42,9	49	23,4
muito boa + boa	129	80,6	23	46,9	152	72,7
desconhecido	1	0,6	1	2,0	2	1,0
Satisfação aspectos da Vida						
muito insatisfeito + insatisfeito	2	1,3	2	4,1	4	1,9
nem satisfeito nem insatisfeito	26	16,3	22	44,9	48	23,0
muito satisfeito + satisfeito	131	81,9	24	49,0	155	74,2
desconhecido	1	0,6	1	2,0	2	1,0

Utilizou-se o T-student para comparar amostras independentes, estar ou não em provável sofrimento psicológico, no que respeita às variáveis relativas à qualidade de vida e satisfação com aspectos da vida (ver Tabela 19), é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos: qualidade de vida ($t(205) = - 5,510$; $p \leq 0,001$) e satisfação com aspectos da vida ($t(205) = - 5,184$; $p \leq 0,001$). Foram encontrados resultados melhores para qualidade de vida e satisfação com aspectos da vida no grupo que não está em provável sofrimento psicológico.

A utilização do coeficiente de correlação R de Pearson permitiu encontrar relações significativas entre o MHI-5 score e a qualidade de vida ($r = 0,412$; $p \leq 0,01$); o MHI-5 score e a satisfação com aspectos da sua vida ($r = 0,394$; $p \leq 0,01$). Por isto é possível afirmar que quando uma variável aumenta, a outra aumenta também.

Em relação ao coeficiente de correlação, ainda podemos descrever que a variável qualidade de vida está correlacionada positivamente com a variável satisfação com aspectos da sua vida ($r = 0,432$; $p \leq 0,001$).

Em outra análise com as demais variáveis, é possível afirmar a qualidade de vida e a auto-apreciação do estado de saúde actual se correlacionam positivamente ($r = 0,318$; $p \leq 0,001$). A variável satisfação com aspectos da sua vida e a variável auto-apreciação do estado de saúde actual também estabelecem entre si uma correlação positiva ($r = 0,269$; $p \leq 0,001$).

Para fazer uma análise em relação ao género e as variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida, utilizou-se o teste T-student para comparação de amostras

independentes, neste caso homens e mulheres. É possível afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. No caso dos homens, os valores são mais elevados para a qualidade de vida ($t(206) = 2,503$; $p \leq 0,013$) e para a satisfação com aspectos da sua vida ($t(206) = 1,858$; $p \leq 0,065$).

Comparação com a população portuguesa

Primeiro é preciso salientar que estas comparações serão feitas com muitas ressalvas, pois os resultados da população portuguesa são retirados do 4º INS (INE, 2007b). Estes resultados são representativos da população, portanto pode-se extrapolar para o universo. No caso da presente investigação, não se pode garantir esta prerrogativa. Portanto, os dados a seguir podem apenas nos dar pistas para um próximo aprofundamento.

Outra ressalva está relacionada com a forma como a população deste estudo está distribuída por classes etárias, sendo os imigrantes brasileiros distribuídos por classes mais jovens que a população portuguesa em geral. Por isto, as comparações vão centrar-se nas classes etárias compreendidas entre os 18 e os 44 anos (84,8% da amostra deste estudo encontra-se nestes escalões etários).

Os dados do 4º INS são desagregados por Continente, Açores e Madeira. Para a comparação com a população brasileira residente em Lisboa, serão utilizados os dados referentes ao Continente português (INE *et al*, 2007).

Em relação às classes etárias, o actual estudo tem como primeira classe etária a idade dos 18 (idade mínima para a inclusão no estudo) aos 24 anos. No caso do 4º INS esta classe etária vai dos 15 aos 24 anos. O que dificulta a comparação entre estas idades.

Feitas as ressalvas, pretende-se apenas comparar alguns resultados desta investigação com o 4º INS.

MHI-5

Em relação ao número de pessoas com provável sofrimento psicológico, a população portuguesa apresenta 27,6% e a comunidade brasileira 23,3% em relação ao total.

No caso da população portuguesa, o número de pessoas com provável sofrimento psicológico aumenta com a idade. No caso do estudo actual, devido ao desenho do estudo, isto não acontece.

Tabela 20 – Proporção da população em provável sofrimento psicológico (psp)

4º INS	Continente	
	c/ existência psp (%)	s/ existência psp (%)
	MHI-5 ≤ 52	MHI-5 > 52
H e M	27,6%	72,4%
15 a 24 anos	14,2%	85,8%
25 a 34 anos	18,8%	81,2%
35 a 44 anos	23,9%	76,1%
45 a 54 anos	28,0%	72,0%
Homens	17,6%	82,4%
15 a 24 anos	7,7%	92,3%
25 a 34 anos	12,3%	87,7%
35 a 44 anos	15,0%	85,0%
45 a 54 anos	18,3%	81,7%
Mulheres	36,8%	63,2%
15 a 24 anos	20,9%	79,1%
25 a 34 anos	25,5%	74,5%
35 a 44 anos	32,7%	67,3%
45 a 54 anos	37,2%	62,8%

Estudo Actual	Imigrantes brasileiros em Lisboa	
	c/ existência psp (%)	s/ existência psp (%)
	MHI-5 ≤ 52	MHI-5 > 52
H e M	23,3%	76,7%
Menos de 24 anos	23,9%	76,1%
25 a 34 anos	22,7%	77,3%
35 a 44 anos	29,5%	70,5%
45 a 54 anos	21,1%	78,9%
Homens	17,0%	83,0%
Menos de 24 anos	16,7%	83,3%
25 a 34 anos	13,9%	86,1%
35 a 44 anos	14,3%	85,7%
45 a 54 anos	37,5%	62,5%
Mulheres	28,7%	71,3%
Menos de 24 anos	31,8%	68,2%
25 a 34 anos	28,8%	71,2%
35 a 44 anos	43,5%	56,5%
45 a 54 anos	9,1%	90,9%

Os homens, tanto portugueses como brasileiros, apresentam números em média mais baixos em relação as mulheres portuguesas e brasileiras e mais próximos entre si com 17,6% para os portugueses e 17,0% para os brasileiros. Nas classes etárias dos menores de 24 e dos 45 aos 54 anos, 16,7% e 37,5% de homens brasileiros pertenciam ao grupo de provável sofrimento psicológico respectivamente contra 7,7% e 18,3% no caso dos portugueses.

Em média, a proporção de mulheres com provável sofrimento psicológico é de 36,8% no caso das portuguesas e de 28,7% no caso das brasileiras. As maiores diferenças estão nas idades menores de 24 anos e dos 35-44 anos, a proporção de mulheres com provável sofrimento psicológico é de 31,8% e 43,5%,

respectivamente, no caso das brasileiras contra 20,9% e 32,7% nas mesmas idades na população feminina portuguesa. A diminuição da proporção do provável sofrimento psicológico está relacionada com a concentração das amostras brasileiras nas classes etárias mais jovens.

É importante salientar que a literatura sugere que 50 a 60% dos casos identificados no grupo em provável sofrimento psicológico seriam diagnosticados com uma ou mais perturbações nas entrevistas clínicas (Strand et al, 2003).

Auto-apreciação do Estado de Saúde Actual

Em relação à auto-apreciação do estado de saúde actual, a proporção de pessoas que classificam o seu estado de saúde actual como Muito bom e bom, tanto nos homens como nas mulheres, é maior na comunidade brasileira do que na portuguesa seja em relação à média de respostas Muito bom ou bom, que é 81,7% para os brasileiros e 53,2% para os portugueses, seja por classe etária. A excepção está na classe etária dos menores de 24 anos onde os valores da população portuguesa são maiores (80,8%), mas, como foi referido anteriormente, esta classe etária na população portuguesa compreende também as idades dos 15 aos 24 anos, o que pode estar a influenciar numa auto-apreciação mais positiva do estado actual da saúde, assim como a representação dos escalões etários a partir dos 54 anos não são significativas no caso da amostra brasileira.

No caso da população portuguesa, quase 60% dos homens portugueses considerou o seu estado de saúde como Muito bom ou bom, sendo inferior a proporção de mulheres portuguesas (47,4%) com a mesma percepção. No caso dos imigrantes brasileiros, a proporção de mulheres e homens que considera o seu estado de saúde como Muito bom ou bom não apresentou diferenças significativas, assim como as outras respostas.

Tabela 21 - Auto-apreciação do estado de saúde actual

4º INS	Continente		
	Auto-apreciação do estado de saúde		
	Muito bom ou bom	Razoável	Mau ou muito mau
H e M	53,20%	32,80%	14,10%
15 a 24 anos	80,80%	18,00%	1,10%
25 a 34 anos	70,90%	25,30%	3,80%
35 a 44 anos	57,50%	36,80%	5,80%
45 a 54 anos	40,20%	45,80%	13,90%
55 a 64 anos	24,70%	47,30%	28,00%
Homens	59,30%	30,20%	10,40%
15 a 24 anos	84,20%	14,90%	0,90%
25 a 34 anos	74,90%	22,10%	3,00%
35 a 44 anos	64,80%	31,20%	4,00%
45 a 54 anos	49,00%	41,30%	9,70%
55 a 64 anos	33,20%	45,10%	21,70%
Mulheres	47,40%	35,10%	17,50%
15 a 24 anos	77,30%	21,30%	1,30%
25 a 34 anos	66,80%	28,60%	4,60%
35 a 44 anos	50,30%	42,20%	7,60%
45 a 54 anos	31,90%	50,10%	18,00%
55 a 64 anos	17,10%	49,20%	33,70%

Estudo Actual	Imigrantes brasileiros em Lisboa		
	Auto-apreciação do estado de saúde		
	Muito bom ou bom	Razoável	Mau ou muito mau
H e M	81,70%	17,30%	1,00%
Menos de 24 anos	77,30%	22,70%	0,00%
25 a 34 anos	87,60%	12,40%	0,00%
35 a 44 anos	75,00%	20,50%	4,50%
45 a 54 anos	78,90%	21,10%	0,00%
55 a 64 anos	88,90%	11,10%	0,00%
Homens	81,90%	17,00%	1,10%
Menos de 24 anos	87,00%	13,00%	0,00%
25 a 34 anos	83,30%	16,70%	0,00%
35 a 44 anos	77,30%	18,20%	4,50%
45 a 54 anos	87,50%	12,50%	0,00%
55 a 64 anos	66,70%	33,30%	0,00%
Mulheres	81,60%	17,50%	0.9%
Menos de 24 anos	66,70%	33,30%	0,00%
25 a 34 anos	90,60%	9,40%	0,00%
35 a 44 anos	72,70%	22,70%	4,50%
45 a 54 anos	72,70%	27,30%	0,00%
55 a 64 anos	100,00%	0,00%	0,00%

Qualidade de vida

Em relação a auto-apreciação da qualidade de vida, 73,6% dos inquiridos brasileiros (HM) considerou a sua qualidade de vida Muito Boa ou boa e 23,6% Nem má nem boa. No caso da população portuguesa os valores são de 48,4% e 44,8% respectivamente. Em todas as classes etárias, os brasileiros apresentaram valores mais elevados para a qualidade de vida Muito boa ou boa.

Da população feminina, 45,7% das mulheres portuguesas consideraram a sua qualidade vida Boa ou muito boa, enquanto que as mulheres brasileiras atingiram uma percentagem de 69,3%.

No caso dos homens, 51,3% dos portugueses e 78,7% dos brasileiros avaliaram a sua qualidade de vida como Muito boa ou boa.

Em ambos os estudos, a proporção dos homens que consideraram como Muito boa ou boa a sua qualidade de vida foi superior que a proporção das mulheres. Em relação à população portuguesa os valores são de 51,3% para os homens e de 45,7% para as mulheres. No caso brasileiro, os valores são de 78,7% para os homens e de 69,3% para as mulheres.

Tabela 22 - Auto-apreciação da Qualidade de Vida

4º INS	Continente		
	Auto-apreciação da Qualidade de Vida		
	Muito boa ou boa	Nem má nem boa	Má ou muito má
H e M	48,40%	44,80%	6,90%
15 a 24 anos	68,50%	29,60%	1,90%
25 a 34 anos	56,40%	37,70%	6,00%
35 a 44 anos	50,50%	46,70%	2,90%
45 a 54 anos	45,40%	49,70%	4,90%
55 a 64 anos	40,40%	50,60%	9,00%
Homens	51,30%	42,80%	5,90%
15 a 24 anos	73,50%	25,00%	1,50%
25 a 34 anos	53,00%	38,10%	8,90%
35 a 44 anos	48,80%	49,30%	2,00%
45 a 54 anos	49,40%	46,50%	4,10%
55 a 64 anos	44,40%	48,80%	6,80%
Mulheres	45,70%	46,60%	7,70%
15 a 24 anos	63,30%	34,30%	2,40%
25 a 34 anos	59,80%	37,20%	3,00%
35 a 44 anos	52,20%	44,10%	3,70%
45 a 54 anos	41,60%	52,70%	5,70%
55 a 64 anos	36,90%	52,20%	10,90%

Estudo Actual	Imigrantes brasileiros em Lisboa		
	Auto-apreciação da Qualidade de Vida		
	Muito boa ou boa	Nem boa nem má	Muito má ou má
H e M	73,60%	23,60%	2,90%
Menos de 24 anos	78,30%	13,00%	8,70%
25 a 34 anos	71,60%	27,30%	1,10%
35 a 44 anos	74,40%	23,30%	2,30%
45 a 54 anos	68,40%	31,60%	0,00%
55 a 64 anos	77,80%	22,20%	0,00%
Homens	78,70%	19,10%	2,10%
Menos de 24 anos	83,30%	12,50%	4,20%
25 a 34 anos	75,00%	22,20%	2,80%
35 a 44 anos	81,00%	19,00%	0,00%
45 a 54 anos	87,50%	12,50%	0,00%
55 a 64 anos	66,70%	33,30%	0,00%
Mulheres	69,30%	27,20%	3,50%
Menos de 24 anos	72,70%	13,60%	13,60%
25 a 34 anos	69,20%	30,80%	0,00%
35 a 44 anos	68,20%	27,30%	4,50%
45 a 54 anos	54,50%	45,50%	0,00%
55 a 64 anos	83,30%	16,70%	0,00%

DISCUSSÃO

Resultados principais

A presente discussão tem como eixos de análise os objectivos definidos à partida para o estudo, contrapondo-os com a literatura e com os resultados encontrados. De seguida, salientamos esses objectivos e discutimos os resultados pertinentes.

1 - Caracterizar o contexto sociodemográfico dos imigrantes brasileiros residentes no distrito de Lisboa.

Do total de participantes no estudo, aproximadamente 55% são mulheres. Apesar deste número ser um pouco mais elevado neste estudo, este resultado é consistente com o número divulgado pelo SEF, no relatório referente ao ano de 2006, que aponta para um número mais elevado de mulheres imigrantes do que homens, o que só acontece no caso da imigração brasileira. Em relação a este dado oficial, a percentagem de mulheres é de, aproximadamente, 52% (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007). Estes valores eram maiores em 2004, em que a percentagem de mulheres brasileiras era de 54%. É de relembrar que estes dados são referentes às estatísticas oficiais, que não contabilizam os imigrantes irregulares, o que pode revelar-se uma sub-estimativa do volume real da imigração (Cruz, 2005).

Este dado aponta para outra tendência referida na literatura, que é a feminização dos fluxos migratórios oriundos do Brasil (Padilla, 2007a). Esta feminização da imigração é consequência óbvia do aumento do número de mulheres imigrantes em Portugal, mas também conta com a maior visibilidade das mulheres nos fluxos de imigração.

A população inquirida é, maioritariamente, jovem como era esperado. A maior parte dos participantes (84,8%) tem entre 18 e 44 anos. No estudo desenvolvido pela Casa do Brasil de Lisboa, 77% da população inquirida tinha até 34 anos (Casa do Brasil de Lisboa, 2007) e, segundo o relatório do SEF de 2007, a população estrangeira é constituída, predominantemente, por pessoas no escalão etário dos 20 aos 39 anos (50,5%) e possui um índice de

envelhecimento relativamente baixo. A justificação para isto está relacionada com o facto da imigração constituir um fenómeno relativamente recente em Portugal. No século passado, os fluxos eram compostos por imigrantes de todos os grupos etários e que beneficiaram do reagrupamento familiar para descendentes e ascendentes, como nos casos de Cabo Verde, Angola e Guiné-Bissau. Em relação a este século, os fluxos são compostos por beneficiários de regimes de regularização extraordinários ou equiparados, e também por beneficiários da reunião familiar, direccionada para cônjuges e descendentes, como no caso do Brasil (Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento) do SEF, 2007).

O número de jovens, em idade activa, que emigra pode ser explicado pela falta de oportunidades no mercado de trabalho dos países de origem, incapaz de absorver este contingente.

Em relação ao estado civil, 52,1% referiram estar casados e 40,4% referiram serem solteiros. Porém, em relação à vida conjugal, 63,8% referiram a existência de vida conjugal, o que aponta para uma diferenciação de estatutos entre casados e “juntos”. No inquérito realizado pela Casa do Brasil de Lisboa, referente à 2ª vaga da imigração brasileira, os valores para *casado* e *união de facto* foram de 47,5%. Esta diferença parece estar relacionada com o desenho de ambos os estudos, uma vez que o da Casa do Brasil de Lisboa inclui apenas os imigrantes da 2ª vaga, enquanto este trabalho inclui imigrantes que vivem em Lisboa num período temporal que vai de 1 a 32 anos.

Em relação ao número de filhos, a média é de 1,9 filhos. Em relação à Taxa Bruta de Fecundidade das mulheres brasileiras em Portugal, este valor era de 1,81 contra 2,4 para a Taxa Bruta de Fecundidade no Brasil em 2001 (Malheiros, 2007).

Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte (40,8%) têm habilitações correspondentes ao 12º ano, 20,2% completaram o ensino fundamental, 12,2% o ensino pós-secundário e 19,7% o superior.

Dados referentes ao Censo realizado pelo INE em 2001 indicavam percentagens de nível de escolaridade inferiores para a população brasileira comparativamente aos encontrados neste estudo (Peixoto et al, 2007). Em

relação ao estudo realizado pela Casa do Brasil de Lisboa, o nível de escolaridade dos inquiridos também foi inferior ao aqui encontrado (Casa do Brasil de Lisboa, 2007). Estas diferenças parecem ter ligação com as diferenças do método de amostragem utilizada nos diferentes estudos.

Em relação às correspondências de títulos, 16,2% possui equivalência académica. O processo de equivalência académica pode ser relativo aos níveis de ensino básico, secundário e universitário. A equivalência pode ser concedida para o prosseguimento de estudos, para fins profissionais, entre outros. Este processo é demorado, dispendioso e envolve uma burocracia complicada. Por isso, a equivalência académica pode fazer parte de um projecto a médio e longo prazo, por parte de pessoas que visam melhores inserções no mercado de trabalho e/ou a continuação dos estudos. Este projecto pode não ser coincidente com as expectativas dos imigrantes “económicos”, que procuram uma inserção laboral mais imediata e com planos de uma imigração temporária, mesmo que só inicialmente.

Em relação ao exercício da sua profissão de formação, 16,0% dos participantes exercem a sua profissão de formação em Portugal. Porém, a percentagem de pessoas que respondeu *não* ao exercício da sua profissão de formação em Portugal é 64,8%.

Esta pergunta deveria ser reformulada no caso de uma nova aplicação do instrumento, isto porque seria importante aceder à última profissão no Brasil e à profissão actual em Portugal, para perceber melhor o tipo de inserção no país de origem e o tipo de inserção no país de destino. Além disso, os dados relativos ao nível de ensino e ao exercício da profissão em Portugal parecem um pouco contraditórios.

Houve uma diferença de respostas entre as perguntas relativas à ocupação principal e à situação profissional. As taxas de actividade foram maiores na pergunta relativa à situação profissional. Isto pode ser explicado pela falta de adequação da pergunta para o português do Brasil. A pergunta e as opções de resposta poderiam ser formuladas de forma mais simples e clara.

De qualquer forma, a taxa de ocupação profissional foi de 55,4%. Em relação à situação profissional, 59,6% trabalha por conta de outrem. A percentagem de

peessoas que trabalha por conta de outrem mas que não possui a situação regularizada é de 59,7%. Estes resultados apontam para a utilização de imigrantes irregulares no mercado de trabalho.

A taxa de desemprego foi de 8,5%. Esta taxa foi similar ao do estudo da Casa do Brasil de Lisboa (8,0%) e à taxa do Censo de 2001 (7,5%). A taxa de desemprego geral em Portugal foi de 7,9%, referente ao 2º trimestre de 2007 e disponibilizada pelo INE (INE, 2007a).

A taxa de desemprego na população portuguesa é similar à taxa de desemprego nos imigrantes. A diferença parece estar na inserção profissional, estando os imigrantes destinados aos segmentos menos qualificados e mais precários.

A ocupação profissional desta população imigrante é prioritariamente em áreas de pouca qualificação profissional, estando aproximadamente 60% dos imigrantes inseridos como trabalhadores não qualificados, pessoal dos serviços e vendas, operários, operadores de máquinas e similares. Os valores para o nível médio e para profissões intelectuais e científicas são de, respectivamente, 16,0% e 8,9%. Em relação ao Censo de 2001, os valores para as áreas de baixa qualificação profissional foram de 66,7%. Para as profissões intelectuais e científicas a taxa foi de 9,8% e para o nível médio foi de 15,7%. Os valores encontrados são similares, com excepção para os quadros superiores da administração pública e de empresas: enquanto no Censo a taxa de inserção neste sector era de 5,7%, neste estudo nenhum participante ocupava este sector.

Segundo Peixoto e Figueiredo (2007), esta tendência corresponde à dinâmica económica de Portugal, com necessidade de mão-de-obra baixa ou não qualificada, fazendo aumentar o fluxo de imigrantes destinados aos segmentos menos qualificados e mais precários. E, no caso dos brasileiros, que na primeira vaga apresentavam uma inserção profissional mais qualificada, agora parecem estar inseridos em segmentos menos qualificados.

Em relação às horas de trabalho semanais, o facto de 29,5% trabalharem entre 41 a 60 horas e 4,3% trabalharem mais de 61 horas semanais é também um indício de imigração laboral e pode significar a existência de duplas jornadas de trabalho ou, até, exploração de trabalhadores no mercado de trabalho.

A falta de documentação não impede a inserção no mercado de trabalho. A procura de trabalhadores imigrantes nos países “desenvolvidos” é grande, pois a competitividade cada vez maior nos mercados internacionais pressiona no sentido da minimização dos custos e intensifica a utilização de mão-de-obra barata e flexível, seja ela regular ou irregular (Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais, 2005).

2 - Identificar características inerentes ao processo migratório deste grupo de imigrantes.

Sobre o estatuto jurídico-legal, 60,1% têm o seu processo regularizado. Em relação ao tipo de documentos que os inquiridos com o estatuto jurídico regular possuem, a maior parte das pessoas (35,4%) possui Autorizações de Residência e permanência, agrupados em vistos de longa duração. Segundo a OCDE, o número de imigrantes irregulares é de, aproximadamente, 10 a 15% do número total de imigrantes (Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais, 2005). Porém, os dados do inquérito da Casa do Brasil de Lisboa apontam para um número maior de irregulares (36,3%) do que os apontados pela OCDE e mais próximos dos números encontrados no actual estudo. Os valores elevados encontrados neste estudo de 39,9% de imigrantes irregulares resultam, muito provavelmente, de um enviesamento, pois a recolha foi feita no Consulado do Brasil em Lisboa, onde uma parte relevante das pessoas vai tratar de documentos necessários para a regularização.

Apesar da questão da ascendência portuguesa fazer parte da literatura, na população inquirida apenas 6 pessoas apresentavam a nacionalidade portuguesa. Isto pode ser um reflexo da difícil burocracia a ser ultrapassada para o processo de nacionalidade. Actualmente, a lei foi reformulada, o que pode vir a aumentar o número de imigrantes que poderão aceder à nacionalidade.

A percentagem de pessoas que referiu viver sem a família em Portugal foi de 23,9%. Esta experiência de migrar sozinho pode aumentar a vulnerabilidade do imigrante, por causa da redução do suporte social e emocional (Dias et al, 2007).

Quanto à intenção de retorno ao país de origem, neste estudo a percentagem de 54,9% foi maior do que a encontrada no estudo da Casa do Brasil de Lisboa. Não é possível fazer outras comparações, porque os estudos utilizaram

classificações distintas para os outros itens referentes àqueles que não têm intenção de retornar. Além disso, é um facto que um número relevante de imigrantes vai adiando os planos de retorno, e acaba por se fixar no país de destino de acordo com as oportunidades que vão surgindo e à medida que a integração se vai dando (Malheiros, 2007).

3 - *Identificar a auto-apreciação do estado de saúde actual dos imigrantes brasileiros.*

Em relação à auto-apreciação do estado de saúde actual, a percentagem de pessoas que considera o seu estado de saúde Mau ou Muito mau não chega a 1,0%, enquanto que cerca de 80% considera Muito bom ou Bom.

Como foi referido anteriormente, o efeito da migração na saúde é controverso. Nem sempre as comunidades imigrantes apresentam piores resultados quando comparadas com a população nacional e com outras gerações de imigrantes. Este fenómeno tem sido denominado “efeito imigrante saudável” (Dias et al, 2007). É que quem leva a cabo o projecto de migrar pertence aos grupos mais saudáveis da população do país de origem. Pode ser que estejamos perante este fenómeno.

Porém, outro factor pode interferir nesta auto-apreciação de saúde. Isto pode ter a ver com a influência das diferenças culturais na percepção da saúde e doença, assim como a forma de expressá-las e qualificá-las. Esta discussão será retomada na discussão do objectivo 7.

4 - *Caracterizar o acesso aos cuidados de saúde nos imigrantes brasileiros residentes em Lisboa.*

Apesar da legislação portuguesa garantir o acesso dos estrangeiros aos cuidados de saúde, e garantir a equidade no caso dos imigrantes que fazem descontos para a segurança social, apenas 38,0% referiram ser beneficiários de alguma entidade em matéria de cuidados de saúde. Destes, 90,9% são beneficiários do SNS.

Encontramos resultados que apontam para a não independência de ser beneficiário de alguma entidade de saúde e ter documentos relativos à imigração e ter doença crónica.

Outro resultado que está de acordo com a literatura é o de que o número de pessoas beneficiárias aumenta consoante os anos de residência em Portugal.

Este resultado pode ser explicado pelo facto de as pessoas que residem há mais anos em Portugal irem aprendendo e entendendo melhor as burocracias a ultrapassar e irem informando-se melhor acerca dos seus direitos e deveres. Também há a influência de residir a mais anos e ter documentos. Não ter documentação constitui uma barreira aos serviços de saúde (Fonseca et al, 2007).

Acerca do uso dos serviços de saúde por parte dos participantes nos últimos três meses, 60,6% dos inquiridos relatou não ter estado em nenhuma consulta médica. Segundo dados do 4º INS, a percentagem de pessoas que não estiveram em consultas foi de 42,6%. Mesmo em relação aos escalões etários mais jovens, a percentagem de pessoas que não estiveram em nenhuma consulta é de, aproximadamente, 56% (15 a 24 anos).

Ainda em relação às consultas médicas, foram encontradas relações entre as consultas e o género, o ter ou não documentação, as horas de trabalho e os anos de residência em Portugal.

As mulheres apresentaram um número maior de consultas médicas do que os homens nos últimos três meses. Na literatura consultada, é discutida a diferença entre os géneros na utilização dos serviços de saúde. Esta diferença, relacionada com uma maior procura de cuidados médicos por parte das mulheres, poderia decorrer da maior percepção e relato dos seus sintomas, ou do facto de ser socialmente aceite a procura de “ajuda” por parte das mulheres (Coutinho, Almeida Filho & Mari, 1999). Esta discussão será retomada na discussão do objectivo 5.

Ter tido consultas de saúde nos últimos três meses não foi uma variável independente de ter documentos. Esta discussão será aprofundada no objectivo 6.

Outro resultado encontrado que vai ao encontro da literatura é o facto de quem teve mais consultas residia há mais anos em Portugal. Isto pode ser explicado também pelo modelo das fases migratórias proposto por Sylvie Gravel e

apresentado na primeira parte deste trabalho, que distingue diferentes etapas e desafios distintos ao longo do processo migratório. Nas primeiras etapas, são experimentadas as rupturas afectiva, física e cultural e as dificuldades, também de ordem prática, de instalação no país de acolhimento. Com o passar do tempo, se processa a adaptação e a desmistificação da sociedade de acolhimento. Nesta etapa, é esperado que o imigrante possa conhecer e reconhecer os códigos da sociedade de acolhimento e que consiga transitar pelos serviços disponíveis.

No estudo elaborado por Fonseca e colaboradores (2007), os anos de residência em Portugal e o estatuto legal do imigrante têm influência directa no uso dos serviços de saúde. E, no caso dos brasileiros, estes recorriam prioritariamente aos serviços de clínica geral, urgência hospitalar e à automedicação, por causa do número relevante de imigrantes em situação irregular.

Sobre o tipo de serviços utilizados, os resultados encontrados em relação às consultas de clínica geral parecem estar de acordo com a literatura disponível, mas não no que diz respeito à utilização das urgências. Os resultados apontam para a automedicação, no sentido em que a maior despesa nas duas últimas semanas foram os gastos relativos aos medicamentos. O consumo de medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista foi realizado por 52,63% dos inquiridos, enquanto 34,7% relatou consultas médicas nos últimos três meses.

A relação entre ser ou não ser beneficiário de alguma entidade de saúde, ter ou não ter consultas médicas e o número de anos em Portugal pode apontar para a inversão do “efeito do imigrante saudável” no país de acolhimento ao longo dos anos e influenciados pelos determinantes socioeconómicos.

Como quem imigra pertence aos grupos saudáveis da população do país de origem, os resultados em relação à saúde, no início do processo migratório, podem até ser melhores do que os da população autóctone.

Mas o peso dos determinantes socioeconómicos tem ganho relevância no estudo das migrações e estado de saúde. Isto porque as desigualdades laborais e habitacionais, associadas a contextos de pobreza e exclusão social, provocam no imigrante uma situação de vulnerabilidade. Estes também formam um grupo

sub-representado nos serviços de saúde e nos sistemas de protecção social. E, além disso, estão expostos a situações de discriminação e contam com uma rede social, muitas vezes, drasticamente diminuída (Kandula et al, 2004).

Desta forma, residir mais anos no país de destino, em determinadas condições, pode reduzir o “efeito do imigrante saudável”.

A correlação positiva encontrada entre as horas semanais de trabalho e as consultas médicas nos últimos três meses parece corroborar esta suspeita. Quem trabalha mais horas pode ter repercussões negativas no seu estado de saúde e, por isso, necessitou de consultas médicas. E, de acordo com a revisão de literatura, a inserção laboral tem influência directa e/ou indirecta na saúde geral e mental das pessoas.

Por outro lado, residir mais anos também provoca o melhor conhecimento dos trâmites burocráticos dos serviços e isto também pode influir nas relações encontradas.

Em relação às consultas de saúde mental, 2,7% relatou ter estado em consultas de profissionais desta área. Foram encontradas relações entre possuir seguro de saúde e ter frequentado consultas de saúde mental. Este resultado pode ter relação com o facto de que as pessoas que têm seguros de saúde podem estar mais preocupadas com o estado de saúde geral e podem, em muitos casos, ter participações pelos tratamentos.

Em relação à frequência de consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, esta é maior no grupo com documentação e com documentos de longa duração.

O acesso aos cuidados de saúde parece ser influenciado pelo estatuto jurídico-legal, tanto em relação à literatura consultada como em relação aos resultados obtidos neste estudo. Mas, mesmo com documentos, o acesso dos imigrantes regulares aos cuidados de saúde não é garantido.

Este facto aponta para uma discrepância entre o que está previsto na lei e aquilo que acontece no quotidiano. Isto foi, *inclusive*, uma constatação governamental que resultou na criação do Gabinete de Saúde do ACIDI, I.P.

Esta diferença pode ser justificada por factores como o incumprimento da lei por alguns serviços; a falta de conhecimento da legislação e da forma de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde por parte dos imigrantes; e a identificação de casos em que as debilidades de saúde advêm de fragilidades socioeconómicas (Horta et al, 2007).

Para promover o acesso aos cuidados de saúde, o Governo inclui directrizes na área da Saúde no Plano para a Integração dos Imigrantes. A tentativa é colmatar as falhas de informação, promover a mediação cultural e a formação de equipas.

O acesso dos imigrantes em situação irregular aos cuidados de saúde também está previsto neste plano. A meta é a emissão de uma credencial que permita o acesso à saúde a 500 cidadãos estrangeiros em situação irregular.

Este número predefinido de 500 credenciais parece constituir um contra-senso. Como já foi referido, a Constituição Portuguesa estabelece que todos os cidadãos – mesmo estrangeiros – têm direito à prestação de cuidados globais de saúde. Portanto, como definir *a priori* o número de cidadãos estrangeiros em situação irregular que vão ter acesso a esta credencial?

E, se levarmos em conta os números divulgados pela OCDE em relação à imigração irregular, esta seria de, pelo menos, 10% dos imigrantes. No caso de Portugal, o número de irregulares seria de 40.919 pessoas. Portanto, a emissão de 500 credenciais permitirá o acesso à saúde de 1,2% dos imigrantes irregulares.

5 - Identificar o nível de saúde mental deste grupo específico e caracterizar os casos de provável sofrimento psicológico.

É possível afirmar que estão em provável sofrimento psicológico 23,3% dos participantes. Mesmo assim, em relação às consultas de saúde mental, apenas 2,7% relatou ter estado em consultas de profissionais desta área. De acordo com a literatura, 50 a 60% destes casos seriam diagnosticados com uma ou mais perturbações.

Outro dado de contraste é o facto de apenas 1,4% ter referido um diagnóstico de ansiedade ou depressão. No entanto, o consumo de medicamentos para a

ansiedade ou depressão nas últimas duas semanas foi realizado por 7,5% da população.

A utilização predominante das consultas de clínica geral por parte dos imigrantes pode fazer com que os casos em provável sofrimento psicológico possam não estar a ser diagnósticos pelos médicos de clínica geral (Caldas de Almeida et al, 1993).

A literatura aponta para o impacto negativo, na saúde mental dos imigrantes, das circunstâncias inerentes ao processo migratório, sugerindo que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a sofrer de morbilidades psiquiátricas. Ainda assim, estão sub-representados nos serviços de saúde mental (Shin, 1994; Achotegui, 2000; Carta et al, 2005).

Em relação a outras variáveis, foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito ao género. Os homens apresentam melhores resultados do que as mulheres em relação ao MHI-5 *score*, e entre os cinco itens em separado. No grupo das mulheres entre os 35 e 44 anos, a proporção de mulheres em provável sofrimento psicológico aumenta para 43,5%.

Estas diferenças entre homens e mulheres são descritas largamente na literatura.

O género tem sido apontado como um factor de associação à morbilidade psiquiátrica e realçado em alguns estudos sobre as migrações (Almeida Filho, Mari & Coutinho, 1999).

Num estudo realizado no Brasil sobre os factores de risco para os transtornos ansiosos, depressivos e somatoformes, o género feminino apresentou risco maior do que o masculino, principalmente a partir dos 30 anos de idade. As hipóteses levantadas na literatura podem ser agrupadas em: artefactos metodológicos, causalidade biológica e determinação social (Coutinho et al, 1999). A teoria dos artefactos metodológicos decorre da maior procura dos serviços e maior expressão dos sintomas por parte das mulheres e, também, da existência de um duplo critério por parte dos profissionais para diagnosticar homens e mulheres.

A causalidade biológica ressalta que as mulheres são mais vulneráveis à depressão do que os homens, por causa de factores genéticos e hormonais. Porém, há indícios de que, mesmo que exista um peso biológico, as diferenças entre os géneros decorram mais de factores ambientais.

A determinação social teria relação com o peso dos eventos de vida, o suporte social e a teoria dos papéis sociais. Por isso, o maior risco estaria ligado ao que podemos chamar de desvantagem social (Coutinho et al, 1999).

Outros estudos mostram que os homens estariam mais propensos ao abuso de bebidas alcoólicas e através de outros comportamentos anti-sociais, ao passo que as mulheres apresentariam, predominantemente, uma sintomatologia depressiva e ansiosa.

Em relação ao instrumento, pode ser que o MHI-5, assim como instrumentos como o CES-D, se comporte de forma diferente entre os sexos, sendo necessário definir pontos específicos para cada grupo (Fleck, 2002).

Em relação ao trabalho, alguns estudos apontam para relações entre desemprego e saúde mental, aumentando a probabilidade de perturbações mentais no caso dos desempregados (Bhugra, 1993; Almeida Filho et al, 1999).

Neste trabalho, não foram encontradas diferenças significativas a este nível, mas sim em relação ao escalão horário. As pessoas que trabalhavam entre 61 a 80 horas semanais apresentaram resultados piores para o MHI-5 *score* e para os itens *deprimido* e *triste*. Neste caso, a sintomatologia depressiva parece estar relacionada com a sobrecarga resultante das horas trabalhadas.

Quem tem um seguro de saúde apresentou resultados melhores no MHI-5 *score* no geral e nos itens *calmo* e *deprimido*. A questão do seguro de saúde não fica muito clara, mas podemos ligar a existência de seguros de saúde a um melhor enquadramento socioeconómico e a uma maior estabilidade social e laboral.

As pessoas com doença crónica apresentaram piores resultados no MHI-5 *score* e nas variáveis *calmo*, *nervoso* e *deprimido*, sendo o valor desta última variável tendencialmente significativo. Além disto, foram encontradas relações significativas entre o MHI-5 *score*, a auto-apreciação do estado de saúde, a qualidade de vida e satisfação com a qualidade de vida. Este resultado pareceu-

nos consistente e coerente. E, nos remete ao conceito global de saúde apresentado na revisão de literatura.

Esta associação entre sintomatologia psicológica, funcionamento social, qualidade de vida e estado de saúde tem sido referida na literatura. Os pacientes em provável sofrimento psicológico apresentam mais comprometimento ao nível do funcionamento físico e psicológico, avaliam a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde como piores (Fleck, 2002).

Sullivan e colegas (2000) estudaram a relação entre sintomas físicos, funcionamento físico e sintomas psicológicos, e a forma como cada um desses factores interferia na qualidade de vida. Os sintomas de ansiedade e depressão foram descritos como mediadores da relação entre auto-apreciação de saúde e qualidade de vida.

6 - Comparar os níveis de auto-apreciação de saúde, acesso aos cuidados de saúde, saúde mental e qualidade de vida entre imigrantes regulares e imigrantes irregulares

O artigo “*Migration and mental health in Europe*” (2005) aponta para a falta de acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes irregulares. O relatório de acesso à saúde para imigrantes irregulares na UE, dos Médicos do Mundo, afirma, genericamente, que os imigrantes não têm acesso à cobertura de saúde e que um terço não conhece os seus direitos. Além disso, 20% consideravam o seu estado de saúde Mau ou Muito mau (Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de Médicos do Mundo, 2007).

Nesta investigação ter ou não documentos não foi uma variável independente de ter consultas de saúde nos últimos três meses. Os imigrantes regulares apresentaram mais consultas de saúde. No grupo dos imigrantes irregulares, o número de indivíduos que não era beneficiário de nenhuma entidade de cuidados de saúde foi duas vezes maior que o número de beneficiários de alguma entidade.

Segundo Padilla (2007a), os benefícios de estar regular não são apenas materiais (salários, empregos), mas também emocionais. Os imigrantes que

conseguiram regularizar a sua situação geralmente referem alívio e melhoria nas condições de vida após a legalização.

7 - Comparar a auto-apreciação do estado de saúde actual, saúde mental e qualidade de vida dos imigrantes com os resultados da população nacional.

Estas comparações não têm carácter conclusivo por causa do desenho deste estudo, como explicado anteriormente na parte referente aos Resultados.

Em relação à auto-apreciação do estado de saúde actual, a proporção de pessoas que classificam o seu estado de saúde actual como Muito bom e Bom, tanto nos homens como nas mulheres, é maior na comunidade brasileira do que na portuguesa, seja em relação à média de respostas Muito bom ou Bom, que é de 81,7% para os brasileiros e 53,2% para os portugueses, seja por classe etária.

Podemos referir que o que pode estar a influenciar estes valores é a distribuição etária dos brasileiros pelas classes mais jovens, mas também podemos questionar a influência que factores de ordem social, cultural e étnica podem ter no condicionamento da percepção do estado de saúde e, consequentemente, nas necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde (Gonçalves et al, 2003). Além disso, relembramos o “efeito do imigrante saudável” como factor de influência para esta melhor apreciação do estado de saúde no caso brasileiro.

Em relação ao número de pessoas com provável sofrimento psicológico, a população portuguesa apresentou uma maior proporção do que a população brasileira no geral. Numa leitura de género, os homens, tanto portugueses como brasileiros, apresentam *scores* melhores no MHI-5 em relação às mulheres portuguesas e brasileiras, e mais próximos entre si. As mulheres brasileiras que apresentaram maior percentagem no que diz respeito ao provável sofrimento psicológico situam-se no escalão etário dos 35-44 anos, atingindo 43,5%. Relativamente a esta discussão de género, os factores parecem ser os mesmos que os apontados na discussão do objectivo 5.

Em relação à auto-apreciação da qualidade de vida, a população brasileira referiu estar mais satisfeita com a sua qualidade de vida do que os portugueses.

O efeito da idade pode estar a influenciar este dado. Mas é de questionar, uma vez que os imigrantes são considerados, na literatura, como um dos grupos mais vulneráveis em relação à saúde e saúde mental, por estarem expostos à precariedade económica e social, e contarem com barreiras no acesso à saúde e obstáculos de protecção social. Chamam à atenção os valores superiores encontrados em relação à população autóctone.

Como o estado de saúde e a qualidade de vida foram classificados segundo uma escala de auto-avaliação, pode ser que brasileiros e portugueses tenham parâmetros diferentes para qualificar o que é muito bom, bom, mau, etc. Quando questionados socialmente como têm passado, brasileiros respondem tendencialmente que está “tudo bem”. No caso dos portugueses, a resposta pode ser “assim, assim”. Isto reflecte-se na atribuição de estereótipos: os brasileiros ficam associados à alegria e os portugueses à tristeza (Machado, 2007b).

Portanto, a forma de classificar o estado de saúde e a qualidade de vida parece ter também uma inscrição cultural.

Limitações e vantagens do estudo

O estudo tem limitações que interferem no poder e na generalização dos resultados, seja para estabelecer extrapolações para os imigrantes brasileiros em Portugal, seja para a comparação com outras populações.

Apesar de ter sido feito o cálculo da amostra, por causa da falta de aleatorização, os resultados encontrados são relativos a um estudo exploratório e transversal. Portanto, não foram estabelecidas hipóteses e os resultados permitem apenas inferências limitadas. Apesar de ser possível, numa fase descritiva, estimar forças de associação entre variáveis, não é possível explorar relações de causalidade.

Em relação às técnicas de amostragem, em ambas foram encontradas limitações e vantagens. A utilização de amostragem aleatória permite a extrapolação da amostra para o universo. Porém, muitas vezes, no cenário da investigação social isso não é possível, nem prático, e nem desejável, tendo em

conta os custos, recursos e tempo que isto acarreta. Nestes casos, pode optar-se pelos métodos de amostragem não aleatória (Maroco, 2007).

No estudo espanhol, baseado no Inquérito Nacional de Saúde Espanhol e que utiliza técnicas de amostragem aleatórias, onde foi analisado o perfil da saúde, estilo de vida e uso dos serviços de saúde na população imigrante residente na Espanha foi identificado um possível viés resultante da percentagem de não resposta que, possivelmente, teria excluído do estudo não nacionais, entre os 40 e 65 anos, comprometendo assim, a participação e a representatividade dos imigrantes no estudo (Carrasco-Garrido et al, 2007).

No caso da amostra *snowball*, esta mostrou-se demorada e cara. Permitiu o acesso aos imigrantes sem gerar desconfiança, por causa do conhecimento prévio da entrevistadora. Porém, esta técnica parece ser mais adequada para amostras menores, com uma área geográfica mais restrita.

A amostra *snowball* demonstrou ser mais adequada para a recolha de dados numa amostra menor. Porém, foi positivo não utilizar apenas a amostragem de conveniência, bastante utilizada para a recolha de dados nas comunidades imigrantes.

Apesar de não ter sido uma etapa prevista no início do trabalho de campo, está hipótese não estava descartada uma vez que a metodologia *snowball* podia demonstrar algumas fraquezas neste tipo de amostra.

No caso da amostra Conveniência, corre-se o risco de a amostra resultar enviesada, uma vez que os inquiridos são escolhidos em função da facilidade com que se consegue obter deles a informação desejada, não sendo necessariamente representativos do sentimento geral da população estudada. Porém, mesmo apresentando fragilidades, a amostragem por conveniência pode ser usada com êxito em situações nas quais se pretende captar ideias gerais e identificar aspectos críticos (Vicente et al, 2001).

Para a recolha dos inquéritos da amostra Conveniência, foi escolhido o Consulado do Brasil em Lisboa. Isto facilitou a recolha dos inquéritos, tornando-a mais rápida e menos dispendiosa, porém gerou desconfiança por parte dos participantes relativamente à independência e ao anonimato do estudo. Algumas

peessoas chegaram a pensar que a entrevistadora era funcionária do Consulado. Isto pode estar relacionado com o número de recusas de participação no estudo. Porém, o número de recusas também diminuiu ao ser colocado o termo de consentimento como opcional. A independência e o anonimato do estudo eram sempre reafirmados quando necessário.

O facto de a entrevistadora ser da mesma nacionalidade dos participantes permitiu, de algum modo, aumentar a confiança dos inquiridos, incluindo a confidencialidade no tratamento da informação (Gonçalves et al, 2003).

Neste estudo, optámos por utilizar instrumentos já existentes, adaptados, revistos e testados.

A utilização do Inquérito Nacional de Saúde permitiu aceder a alguns determinantes de saúde, estado de saúde actual e doença.

Não foi possível incluir o Inquérito Nacional de Saúde na sua totalidade. Foram deixadas de fora áreas como consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, e rendimentos, áreas cuja inclusão recomendamos num próximo estudo. Isto porque foram encontradas diferenças entre os géneros para o MHI-5. Na literatura, os homens tenderiam para os consumos de álcool e tabaco e neste estudo, não conseguimos verificar este resultado.

Sem a inclusão dos rendimentos, não foi possível identificar os diferentes grupos socioeconómicos.

As questões relacionadas com a inserção no mercado de trabalho poderiam ser agrupadas de forma mais simples: activos, não-activos e desempregados (Iglesias et al, 2003). Além disto, poderia ser feita uma questão acerca da satisfação com a sua situação profissional.

O inquérito por questionário é adequado para grandes amostras, mas demonstra limitações quanto ao grau de profundidade do conteúdo recolhido. Por isso, a utilização de técnicas mistas poderia ter colmatado esta limitação.

Porém, há a mais-valia de se obter informações gerais sobre morbilidade na área da saúde e, desta forma, poder planejar, justificar e avaliar medidas políticas e mudanças organizacionais.

Em relação às respostas dadas ao inquérito, como a informação é dada pelos participantes, não se pode desconsiderar que algumas respostas podem ter sido socialmente condicionadas (Carrasco-Garrido et al, 2007).

Em relação à saúde, o que estava em questão era a forma como os participantes percepcionavam o seu estado de saúde actual. E, uma limitação disto é que esta variável pode ser considerada subjectiva e imprecisa. Mas, por outro lado, é largamente utilizada em estudos internacionais (Iglesias et al, 2003).

O nível de Saúde Mental foi avaliado pelo MHI-5, que mede a existência de provável sofrimento psicológico e é recomendado pela OMS.

Não serve para aceder as morbilidades psiquiátricas, mas sim ao provável sofrimento psicológico. Os inquéritos de saúde realizados não são considerados instrumentos adequados para obter dados precisos para estimativas das perturbações mentais, mas os resultados são indicativos das taxas da ansiedade e depressão nas populações.

Foram encontradas diferenças significativas entre os géneros nos resultados do MHI-5. Possivelmente, o ponto de corte a ser considerado terá que ser diferenciado no caso das mulheres e dos homens. A confirmação dos casos em provável sofrimento psicológico poderia ser feita através da utilização de outros instrumentos de saúde mental e/ou através de uma entrevista clínica.

Outra limitação do MHI-5 é que este instrumento é considerado mais indicativo da depressão do que de outras perturbações (Strand et al, 2003). Por isto, para uma análise mais completa da saúde mental o ideal era utilizá-lo com um outro instrumento para cobrir outros grupos de perturbações.

O *Consensus Group on Mental Health* (Robine, Jagger & The Euro-REVES Group, 2003), por exemplo, recomenda a utilização dos seguintes instrumentos para uma avaliação mais completa da saúde mental: o MHI-5 para recolher informação do provável sofrimento psicológico; o SF-36 energia/vitalidade mais o item Andrews em relação a felicidade para aceder ao bem-estar psicológico; o Kessler's CIDI-SF para aceder informação acerca da ansiedade e depressão; o CAGE para aceder à dependência do álcool e drogas, mais um item relativo ao

suicídio e o IQCODE para recolher informação acerca do funcionamento cognitivo.

Outras áreas que também não foram incluídas neste estudo mas que, na literatura, parecem estabelecer ligações com a saúde e a saúde mental são a espiritualidade e o associativismo, entre outras.

Muitas destas melhorias no estudo implicariam um aumento do custo e a necessidade de uma equipa de investigação com fundos próprios.

Conclusões e recomendações

*“Mi pueblo está cansado de desarrollo
Solo quiere vivir.”*

Gustavo Esteva

Este é o ponto do estudo em que, muitas vezes, se chega com mais questões do que propriamente conclusões...

E, parafraseando Malheiros (2007), esperem encontrar, neste trabalho, verdades temporariamente verificáveis, ficando a cargo das investigações posteriores completar, aprofundar ou mesmo refutar o que aqui foi escrito.

A imigração, por si só, não pode ser identificada como determinante de doença e sofrimento psicológico. É certo que migrar coloca desafios para o ser humano, mas também gera oportunidades.

Entrar em contacto com novas culturas e diferentes formas de estar propicia o conflito com o que foi aprendido e apreendido como certo, mas também pode criar o contexto onde tanto os imigrantes como a sociedade de acolhimento ganhem com uma vivência multicultural.

É necessário questionar a visão de os imigrantes são como entidades puramente económicas e não como uma fonte de enriquecimento cultural do país (Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância, 2007).

A experiência da imigração é vivida com uma série de rupturas, que trazem consequências em todas as áreas de vida do sujeito. Porém, a forma de inserção do imigrante na sociedade de acolhimento parece ter um peso determinante na saúde geral e mental.

A utilização de serviços de saúde tem implicações importantes para o estado de saúde das populações. Neste sentido, as políticas que limitam o acesso de imigrantes aos cuidados de saúde vão aumentar a vulnerabilidade e os riscos de saúde das populações. E a integração dos imigrantes na sociedade de acolhimento fica comprometida, pois a integração passa também saúde e pelo acesso aos serviços de saúde.

No caso de Portugal, o acesso aos cuidados de saúde está garantido na Constituição. Porém, tal como é referido na literatura consultada, este estudo identificou que apenas 38% da população inquirida referiu ser beneficiária de alguma entidade de saúde, apontando para a sub-representação deste grupo nos serviços de saúde.

Este número pode ser justificado pela falta de conhecimento da legislação e da forma de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde por parte dos imigrantes, mas também pelo incumprimento da lei em alguns serviços, traduzindo-se em recusas no tratamento de imigrantes.

Para quem não faz descontos para a Segurança Social, por estar, por exemplo, irregular e inserido na economia subterrânea, o acesso aos cuidados de saúde é garantido mas não a cobertura. Neste caso, as barreiras são a falta de condições económicas para fazer o pagamento dos serviços utilizados e o medo de ser identificado pelas autoridades e, consequentemente, repatriado.

O medo de estar irregular faz com que um grupo relevante de pessoas se afaste dos serviços de saúde.

Ter documentos e anos de residência em Portugal são variáveis que vão influenciar o acesso aos serviços de saúde, mas o facto de se estar regular não garantiu o acesso aos serviços de saúde desta população.

Estar ou não em sofrimento psicológico apresentou relações com o género, as jornadas longas de trabalho, ter doença crónica e a qualidade de vida. Apesar de

um número relevante de imigrantes estar em provável sofrimento psicológico, o número de pessoas que referiu a utilização de serviços de saúde mental nos últimos três meses foi baixo. Há indícios de sub-representação da população nos serviços de saúde mental, seja por falta de informação dos meios disponíveis, pelo medo de estigmatização, por falta de cobertura e, também, falta de diagnósticos nas consultas de clínica geral.

As mulheres devem ser levadas em consideração no desenvolvimento de estratégias da saúde, mas, também, no campo da investigação, seja pela sua expressão nos fluxos (mais da metade da comunidade brasileira), seja pelas questões específicas que lhes são inerentes (maior vulnerabilidade em relação à violência, exploração laboral e sexual). A invisibilidade das mulheres na imigração também se deveu as escolhas teóricas e metodológicas na área da investigação (Sertório & Pereira, 2004).

Outro grupo marcado pela invisibilidade e vulnerabilidade é o grupo dos imigrantes irregulares. A imigração de trabalhadores com poucas qualificações foi crucial para o desenvolvimento industrial após 1954 na maioria dos países do Norte. Esta prática permanece justificada no mercado internacional, altamente competitivo, e pela necessidade de suprir uma falta de mão-de-obra desqualificada em nichos do mercado de trabalho inseridos na economia subterrânea. Esta inserção laboral dos imigrantes priva-os de direitos e, muitas vezes, promove a sua exploração.

Também é neste sentido que as migrações internacionais se colocam como um dos maiores desafios à governação e às políticas de Saúde Pública. Como tratar o fenómeno da imigração irregular é uma questão central.

O papel dos governos é decisivo nesta área, pois a promoção da integração e da regularização de imigrantes permite que um grupo relevante de pessoas não esteja à margem dos mecanismos de protecção social, cobertura de saúde e expostos a riscos.

O Plano para a Integração dos Imigrantes, no que diz respeito às metas na área da saúde, inclui directrizes no sentido de promover a acessibilidade dos imigrantes aos serviços, a formação das equipas de saúde no campo da

interculturalidade e a inserção de médicos estrangeiros nos serviços, entre outras medidas que vão ao encontro dos problemas identificados.

Do plano, parece-nos que ficam de fora directrizes adequadas para o acesso e cobertura de cuidados de saúde dos imigrantes irregulares.

O desconhecimento dos direitos dos imigrantes por parte dos próprios e por parte dos técnicos e/ou administrativos, ou a própria recusa arbitrária no atendimento e tratamento, demonstra que, por um lado, é preciso sensibilizar e informar e, por outro, criar mecanismos mais fortes para a implementação das leis vigentes.

Em relação à estratégia de criação de serviços específicos, o que nos parece prioritário é melhorar a acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde. E, concordando com o Conselho da Europa, a recomendação é a melhoria dos serviços prestados a todos os cidadãos, incluindo aqui a possibilidade de se desenvolverem estratégias específicas para os imigrantes.

Para isto, é fundamental conhecer os determinantes e o estado de saúde dos imigrantes e suas comunidades e, ao mesmo tempo, reflectir e promover políticas de saúde integradoras, para a minimização de riscos e vulnerabilidades.

Neste sentido, é importante desenvolver trabalho de parceria com as comunidades e associações de imigrantes, para a procura de estratégias adequadas em relação à promoção da saúde. As organizações não governamentais também devem ser incluídas nestas parcerias, pois, muitas vezes, estabelecem uma relação privilegiada com as comunidades por desenvolverem trabalho no terreno.

A investigação nas áreas da saúde e das migrações tem sido considerada incipiente por alguns autores, e por isso continua a ter toda a pertinência. A imigração brasileira em Portugal ainda não foi objecto de estudo sistemático. É necessário promover estudos sistemáticos e longitudinais para obter conhecimentos mais sólidos e aprofundados acerca da imigração, incluindo aqui os países de destino e, também, os de origem.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, A. (2004). *Migrações e desenvolvimento: alguns comentários críticos* (Working Paper No. 6/2004). Lisboa: Socius . Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200406.pdf> a 28-11-2007
- ACHOTEGUI, J. (2000). *Los Duelos de la migracion: una aproximación psicopatológica y psicosocial*. In E.C.J.M.Perdiguero Gil (Ed.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropologia y la medicina* (pp. 83-100). Barcelona: Bellaterra.
- ACIDI, I. P. (2007a). *Imigração em Portugal - Informação Útil 2007*. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS e ACIDI, I.P.
- ACIDI, I. P. (2007b). *Plano para a Integração dos Imigrantes - Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007*. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS e ACIDI, I.P. Disponível em: http://www.acime.gov.pt/docs/ACIDI/PII_DR.pdf a 10-11-2007b
- ACIME. (2005). *Imigração - os mitos e os factos*.
- ALMEIDA FILHO, N., MARI, J. & COUTINHO, E. (1999). *Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbilidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras*. Revista de Psiquiatria Clínica 26[5]. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo\(236\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(236).htm) a 10-11-2007
- ALVES, J. F. (1993). *Lógicas Migratórias no Porto Oitocentista*. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), *Emigração/imigração em Portugal* (pp. 78-97). Lisboa: Fragmentos.
- AMARO, R. R. (1985). *Ei-los que voltam! - problemas e desafios do regresso dos emigrantes*. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº 15 / 16 / 17 .

ANDRADE, L., VIANA, M. & SILVEIRA, C. (2006). *Epidemiology of women's psychiatric disorders*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2) 43-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf> a 1-11-2007

BAARNHIELM, S. & EKBLAD, S. (2000). *Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning*. *Cult.Med Psychiatry*, 24 [4] 431-452.

BAGANHA, M. I. & MARQUES, J. C. (2001). *Imigração e Política: o caso Português*. Lisboa: FLAD

BAGANHA, M. I. & PEIXOTO, J. (1996). *O estudo das migrações nacionais: ponto de intersecção disciplinar*. In J.M.C.e.al.Ferreira (Ed.), *Entre a Economia e a Sociologia* (pp. 233-239). Oeiras: Celta Editora.

BAGANHA, M. I. & PEIXOTO, J. (1997). *Trends in the 90's: the Portuguese migratory experience*. In M.I.Baganha (Ed.), *Immigration in Southern Europe* (pp. 15-40). Oeiras: Celta Editora.

BAYARD-BURFIELD, L., SUNDQUIST, J. & JOHANSSON, S. E. (2001). *Ethnicity, self reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden*. *J Epidemiol Community Health*, 55 [9] 657-664.

BAYARD-BURFIELD, L., SUNDQUIST, J., JOHANSSON, S. E. & TRÄSKMAN-BENDZ, L. (1999). *Attempted suicide among Swedish-born people and foreign-born migrants*. *Archives of Suicide Research*, 5 [1] 43-55.

BHUGRA, D. (1993). *Unemployment, poverty and homelessness*. In Bhugra, Dinesh and Leff, J., *Principles of social psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications

BHUGRA, D. (2000). *Migration and schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 [Suppl. 407] 68-73.

BÓGUS, L. (2007). *Esperança Além-Mar: Portugal no "arquipélago migratório" Brasileiro*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 39-58). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

BRYMAN, A. & CRAMER, D. (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*. (3ª Edição.) Oeiras: Celta Editora

BUENO, E. (1998). *A viagem do descobrimento*. (1 Edição.), Terra Brasilis. Rio de Janeiro: Objectiva

BUENO, E. (2003). *Brasil: uma História - A incrível Saga de um País*. (1 Edição.) São Paulo: Editora Ática

CALDAS DE ALMEIDA, J. M., CARVALHO, A., RIBEIRO, A., SALDANHA, R., MORAIS, L. & CAPELA, A. (1993). *Morbilidade psiquiátrica em clínica geral*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP)*, 11 [3] 37-42.

CARITAS EUROPA. (2007). *Integration: A Process Involving All. Advocacy Paper on the Integration of Migrants and Refugges*. Brussels.

CARNEIRO, R. (2007). *Introdução*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 7-9). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

CARNEIRO, R., CRISTÓVÃO, F., MACHADO, I., MALHEIROS, J. & PEIXOTO, J. (2007). *O futuro da imigração brasileira para Portugal: olhares, perspectivas e interrogações*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 191-202). Lisboa: ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

CARPENTER, L. & BROCKINGTON, I. F. (1980). *A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester*. *Br.J Psychiatry*, 137 201-205.

CARRASCO-GARRIDO, P., MIGUEL, A. G., BARRERA, V. H. & JIMENEZ-GARCIA, R. (2007). *Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. Eur.J Public Health, 17* [5] 503-507.

CARTA, M. G., BERNAL, M., HARDOY, M. C. & HARO-ABAD, J. M. (2005). *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clin.Pract.Epidemol.Ment.Health, 1* 13.

CARTA, M. G., KOVESS, V., HARDOY, M. C., BRUGHA, T., FRYERS, T., LEHTINEN, V. et al (2004). *Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol, 39* [11] 883-892.

CASA DO BRASIL DE LISBOA (2007). *A 2.ª vaga da imigração brasileira para Portugal (1998-2003): Estudo de opinião a imigrantes residentes nos distritos de Lisboa e Setúbal – Informação estatística e elementos de análise*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 227-246). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

CASA-NOVA, M. J. (2005). *(I)migrantes, diversidades e desigualdades no sistema educativo português: balanço e perspectivas. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, 13* [47] 181-216.

CASTRO, M. d., CAIUBY, A. V. S., DRAIBE, S. A. & CANZIANI, M. E. F. (2003). *Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Revista da Associação Médica Brasileira, 49* 245-249.

CELIN, J. L. (1989). *Migração Européia, expansão cafeeira e o nascimento da pequena propriedade no Espírito Santo*. Mestre em Economia Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Ciências Econômicas.

CICONELLI, R. M., FERRAZ, M. B., SANTOS, W., MEINÃO, I. & QUARESMA, M. R. (1999). *Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)*. *Revista Brasileira Reumatologia*, 39 [3] 143-150.

CLAASSEN, D., ASCOLI, M., BERHE, T. & PRIEBE, S. (2005). *Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK*. *Eur Psychiatry*, 20 [8] 540-549.

COMISSÃO EUROPEIA CONTRA O RACISMO E A INTOLERÂNCIA (2007). *Terceiro relatório sobre Portugal* (Report CRI(2007)4). Estrasburgo: Conselho da União Europeia

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE AS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS (2005). *As migrações num mundo interligado: Novas linhas de acção*. Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <http://www.gcim.org/mm/File/Port.pdf>. a 11-11-2007

COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU (2007). *Saúde e Migrações* (Parecer SOC/274). Bruxelas: Comité Económico e Social Europeu

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2007). *Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores* (Comunicado de imprensa No. 16139/07 (Presse 284)). Bruxelas: Conselho da União Europeia

COUTINHO, E., ALMEIDA FILHO, N. & MARI, J. (1999). *Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil*. *Revista de Psiquiatria Clínica* 26[5]. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo\(246\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(246).htm) a 11-11-2007

CRUZ, A. (2005). *Quantificação da População Imigrante, em particular das mulheres - uma abordagem inicial*. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade - Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal* (pp. 29-36). Lisboa: SOS Racismo.

DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E FORMAÇÃO (NÚCLEO DE PLANEAMENTO) DO SEF (2007). *Relatório de actividades 2006 - Imigração, Fronteiras e Asilo* Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

DIAS, C. & GRAÇA, M. J. (2001). *O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal – História, métodos e alguns resultados*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

DIAS, S. & GONÇALVES, A. (2007). *Migração e Saúde*. *MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 15-26. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art1.pdf a 27-11-2007

DINIZ, É. C. (2005). *A mulher brasileira na imigração em Portugal*. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade - Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal* (pp. 199-203). Lisboa: SOS Racismo.

DJPJ. (2007). *Projecto CAIM - Tráfico de pessoas*. Disponível em: <http://www.gplp.mj.pt/home/caim.htm> a 22-11-2007

EATON, W. & HARRISON, G. (2000). *Ethnic disadvantage and schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 [Suppl. 407] 38-43.

ESTEBAN PEÑA, M. M. (2001). *Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid)*. *Atención primaria*, 27 [1] 25-28.

ESTEVES, M. d. C. (1991). *Portugal, País de Imigração*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento

FERNANDES, P., PEREIRA, R. & OLIVEIRA, J. B. de (2007). *A imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde*. *MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 161-170. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art9.pdf a 11-11-2007

FLECK, M. P. d. A., LOUSADA, S. & XAVIER, M. (1999). *Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. Revista de Saúde Pública 33[2], 198-205. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf> a 11-11-2007

FLECK, M. P. d. A. et al (2002). *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Revista de Saúde Pública 36[4], 431-438. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11761.pdf> a 11-11-2007

FONSECA, M. L., ESTEVES, A., MCGARRIGLE & SILVA, S. (2007). *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração, 1* 27-52. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art2.pdf a 10-10-2007

FONSECA, M. L. et al (2005). *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME). Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos%20OI/Estudo_OI_15.pdf. a 11-11-2007

FREITAS, C. D. (2003). 'Identification Study. Report on Portugal' in Watters, C., Ingleby, D., Bernal, M, de Freitas, C., van Leeuwen, M., de Ruuk, N., Le Touze, D. and Venkatesan, S. (2003) *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*. Final Report of project for the European Commission (European Refugee Fund), Commissioned by: European Refugee Fund, Canterbury

GEORGE, D. & MALLERY, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update*. (4th Edição.) Boston: Allyn & Bacon

GERSON, S., MISTRY, R., BASTANI, R., BLOW, F., GOULD, R., LLORENTE, M. et al (2004). *Symptoms of depression and anxiety (MHI) following acute*

medical/surgical hospitalization and post-discharge psychiatric diagnoses (DSM) in 839 geriatric US veterans. *Int.J Geriatr.Psychiatry*, 19 [12] 1155-1167.

GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (1997). *O inquérito – Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora

GIRALDES, M. d. R. (1996). *Morbilidade e nível sócio-económico em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP)*, 14 [1] 23-30.

GOLD, J. & DESMEULES, M. (2004). *National Symposium on Immigrant Health in Canada: an overview*. *Canadian Journal of Public Health*, 95 [3] 13.

GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, M. J. & CABRAL, J. (2003). *Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública (RPSP)* 21[1], 55-64. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2007/pdfs/1-06-2003.pdf> a 15-11-2007

GONÇALVES, M. & FIGUEIREDO, A. (2005). *Mulheres imigrantes em Portugal e mercado de trabalho: diferentes percursos, inserções laborais semelhantes*. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade - Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal* (pp. 63-83). Lisboa: SOS Racismo.

GRAAL. (2007). *Vivências de Mulheres Migrantes*. Disponível em: <http://www.graal.org.pt/Projectos.htm> a 12-12-2007

GRINBERG, L. & GRINBERG, R. (1996). *Migração e Exílio. Estudo Psicanalítico.*, Obras de León e Rebeca Grinberg. Lisboa: Climepsi Editores

GROVE, N. & ZWI, A. (2006). *Our health and theirs: forced migration, othering, and public health*. *Social Science & Medicine*, 62 [8] 1931-1942.

GRUSSER, S., WOLFLING, K., MORSEN, C., ALBECHT, U. & HEINZ, A. (2005). *Immigration-associated variables and substance dependence. Journal of Studies on Alcohol*, 66 [1] 98-104.

HAASEN, C., LAMBERT, M., YAGDIRAN, O., & KRAUSZ, M. (1997). *Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. European Psychiatry*, 12 [6] 305-310.

HAMBURG, M. (1974). *Basic statistics: A modern approach*. New York: Harcourt

HEALTH AND CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE GENERAL (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. European Commission. Disponível em:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf. a 11-11-2007

HJERN, A., WICKS, S. & DALMAN, C. (2004). *Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants - a national cohort study in two generations of Swedish residents. Psychological Medicine*, 34 [6] 1025-1033.

HOLMES, W. C. (1998). *A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: performance characteristics of the 5-item mental health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. Medical Care*, 36 [2] 237-243.

HORTA, R. & CARVALHO, A. (2007). *O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 179-186. Disponível em:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art11.pdf a 12-11-2007

HYMAN, I. & GURUGE, S. (2002). *A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. Can.J Public Health*, 93 [3] 183-187.

IEFP (1994). *Classificação Nacional de Profissões* Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional . Disponível em: <http://portal.iefp.pt/> a 20-11-2007

IGLESIAS, E., ROBERTSON, E., JOHANSSON, S. E., ENGFELDT, P. & SUNDQUIST, J. (2003). *Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. Social Science and Medicine*, 56 [1] 111-124.

INE. (2007a). *Estatísticas do Emprego - 3º trimestre de 2007*. Destaque - Informação à comunicação social . Disponível em: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=513298&DESTAQUESmodo=2 a 20-11-2007a

INE. (2007b). *Portal de estatísticas oficiais*. Disponível em: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE a 20-12-2007b

INE & INSA (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006* Portal de Estatísticas Oficiais do INE e Portal do INSA . Disponível em: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y a 2-11-2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (3-12-2002). *Relatório da ONU*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122002relatorio_onu.shtml a 22-11-2007

JACOB, K. S., BHUGRA, D., LLOYD, K. R., & MANN, A. H. (1998). *Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. J R.Soc.Med*, 91 [2] 66-71.

JANE-LLOPIS, E. & ANDERSON, P. (2006). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention across European Member States: A Collection of Country Stories*. Luxembourg: European Communities

KANDULA, N. R., KERSEY, M. & LURIE, N. (2004). *Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. Annual Review of Public Health*, 25 357-376.

KIRMAYER, L. J. (1989). *Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Social Science and Medicine*, 29 [3] 327-339.

KRISTIANSEN, M., MYGIND, A. & KRASNIK, A. (2006). *Health effects of migration. Ugeskrift for Laeger*, 168 [36] 3006-3008.

LECHNER, E. (2007). *Imigração e saúde mental. MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 79-101. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art4.pdf a 11-11-2007

LEITE, J. d. C. (1993). *Informação ou propaganda? Parentes, amigos e engajadores na emigração oitocentista. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), Emigração/imigração em Portugal* (pp. 98-107). Lisboa: Fragmentos.

LEVECQUE, K., LODEWYCKX, I. & VRANKEN, J. (2007). *Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. Journal of Affective Disorders*, 97 [1] 229-239.

LIMA, E. B. (2003). *Narrativa e identidade: o perfil de uma imigrante portuguesa no Brasil. Mestrado Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro*.

MACEDO, T. (2002). *A política actual de imigração. Cadernos do Grou 1, A imigração em Portugal e na Europa, contada pelos imigrantes* 19-24.

MACHADO, F. L. (2007a). *Migrações, saúde e doença - que investigação em Portugal? MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 201-203. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art14.pdf a 11-11-2007a

MACHADO, I. (2007b). *Reflexões sobre as identidades brasileiras em Portugal*. In J. Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 171-190). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

MACHADO, M. do C. (2007c). *Imigrantes, saúde e educação*. *MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 197-199. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art13.pdf a 2-11-2007c

MACHADO, M. d. C., SANTANA, P., CARREIRO, M. H., NOGUEIRA, H., BARROSO, M. R. & DIAS, A. (2007). *Maternal and Childhood Healthcare in an Immigrant Population – Are they treated differently?* EIGAL, S.A.

MALHEIROS, J. (1996). *Imigrantes na Região de Lisboa: os anos de mudança*. Lisboa: Colibri

MALHEIROS, J. (2007). *Os brasileiros em Portugal – a síntese do que sabemos*. In J. Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 11-37). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

MARKOWITZ, G. (2004). *Everyone's Problem*. *Health Affairs*, 23 [6] 267-268.

MAROCO, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. (3ª Edição.) Lisboa: Edições Silabo

MATOS, C. (1993). *Migrações: decisões individuais e estruturas sociais* (Working Paper No. 5/93). Lisboa: Socius . Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp935.pdf> a 11-11-2007

MEANS-CHRISTENSEN, A. J., ARNAU, R. C., TONIDANDEL, A. M., BRAMSON, R., & MEAGHER, M. W. (2005). *An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care*. *J Behav. Med.*, 28 [6] 565-572.

- MEDEIROS, E. N., FILHA, M. d. O. F. & VIANNA, R. P. d. T. (2006). *Epidemiology of mental health and insanity: a review of literature. Online Brazilian Journal of Nursing; Vol 5, No 1 (2006).*
- MELTZER, H. (2003). *Development of a common instrument for mental health.* In A.Nosikov and C.Gudex (Ed.), *EUROHIS : Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 35-60). Amsterdam: IOS Press.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. (2008). *Brasileiras e Brasileiros no Exterior - Informações Úteis.* Disponível em: http://www.mte.gov.br/trab_estrang/Brasileiros_no_Exterior.pdf a 21-3-2008
- MOHANTY, S. A., WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D. U., PATI, S., CARRASQUILLO, O. & BOR, D. H. (2005). *Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis.* *Am J Public Health*, 95 [8] 1431-1438.
- NOSIKOV, A. & GUDEX, C. (2003). *EUROHIS : Developing Common Instruments for Health Surveys.* (vols. 57) In Nosikov, Anatoliy and Gudex, Claire, Biomedical and Health Research. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- O'NEIL, T. (2007). *A Vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil.* (1 Edição.) Rio de Janeiro: José Olympo: Secretaria Municipal das Culturas
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE DE MÉDICOS DO MUNDO (2007). *Inquérito europeu sobre o acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular* Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de Médicos do Mundo
- PADILLA, B. & PORTUGAL, R. (2007). *Saúde e migrações: boas práticas na União Europeia.* *MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 143-153. Disponível em: http://www.oj.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art7.pdf a 20-11-2007

PADILLA, B. (2007a). *A imigrante brasileira em Portugal: considerando o género na análise*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 113-134). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

PADILLA, B. (2007b). *Acordos bilaterais e legalização: o impacte na integração dos imigrantes brasileiros em Portugal*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 217-226). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

PAES, I. d. L. B. (2005). *Qualidade de Vida da População do Município de Treze Tílias - SC e fatores associados*. Mestre em Saúde Coletiva UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA.

PASCHOAL, S. M. P. (2001). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que privilegie sua opinião*. Mestrado em Medicina Preventiva Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEIXOTO, J. (1993). *Migrações e mobilidade: as novas formas da emigração portuguesa a partir de 1980*. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), *Emigração/imigração em Portugal* (pp. 278-307). Lisboa: Fragmentos.

PEIXOTO, J. (2004). *País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal* (Working Paper No. 2/2004). Lisboa: Socius . Disponível em: <http://pascal.iseq.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200402.pdf> a 20-11-2007

PEIXOTO, J. & FIGUEIREDO, A. (2007). *Imigrantes brasileiros e mercado de trabalho em Portugal*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 87-112). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

PEREIRA, M. H. (1993). *Liberdade e Contenção na Emigração Portuguesa (1850-1930)*. In M.B.N.d.e.al.Silva (Ed.), *Emigração/Imigração em Portugal. Actas do*

Colóquio Internacional sobre Emigração e Imigração em Portugal, Séculos XIX e XX (pp. 9-16). Lisboa: Fragmentos.

PESTANA, M. H. & GAGEIRO, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo

PINHO, F. (2007). *A imprensa na construção do processo migratório: a constituição de Portugal como destino plausível da emigração brasileira*. In J. Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 59-86). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

POWER, M. J. (2003). *Development of a common instrument for quality of life*. In A. Nosikov and C. Gudex (Ed.), *EUROHIS : Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-163). Amsterdam: IOS Press.

REIJNEVELD, S. A. (1998). *Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 [5] 298-304.

RHOADES, E. A., PRICE, F. & PERIGOE, C. B (2004). *The changing American family and ethnically diverse children with multiple needs*. *The Volta Review*, 104 (4) 285-306.

RIBEIRO, J. L. P. (2001). *Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa*. *Psic., Saúde & Doenças*, 2 [1] 77-99.

RIBEIRO, J. L. P. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. *Aná.Psicológica*, 22 [2] 387-397.

ROBINE, J. M., JAGGER, C. & THE EURO-REVES GROUP (2003). *Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project*. *The European Journal of Public Health*, 13 [suppl_1] 6-14.

ROCHA-TRINDADE, M. B. (1995). *Sociologia das Migrações*. Universidade Aberta, Lisboa.

ROCHA-TRINDADE, M. B. (2007). *Migrações: O fim dos Paradigmas Clássicos*. *Cidade Solidária*, [18] 6-11.

RODRIGUES, H. (1993). *Emigração, Conjunturas Políticas e Económicas*. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), *Emigração/Imigração em Portugal* (pp. 63-77). Lisboa: Fragmentos.

ROGERS, W. H., ADLER, D. A., BUNGAY, K. M. & WILSON, I. B. (2005). *Depression screening instruments made good severity measures in a cross-sectional analysis*. *J Clin.Epidemiol*, 58 [4] 370-377.

ROSSI, P. (2007). *Remessas de imigrantes: estudo de caso de brasileiros em Portugal*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 135-154). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

RUMPF, H.-J., MEYER, C., HAPKE, U. & JOHN, U. (2001). *Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard*. *Psychiatry Research*, 105 243-253.

SABINO, C. & PEREIRA, S. (2005). *O tráfico de mulheres em Portugal*. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade - Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal* (pp. 125-137). Lisboa: SOS Racismo.

SALES, T. (1999). *Identidade étnica entre imigrantes brasileiros na Região de Boston, EUA*. In Teresa Sales e Rossana Reis (Ed.), *Cenas do Brasil Migrante* (1ª ed., pp. 17-44). São Paulo: Boitempo Editorial.

SANTOS, V. (2004a). *O consumo de álcool nos adolescentes migrantes: Percepções dos técnicos e dos adolescentes face aos factores ligados à protecção e ao*

risco. Mestrado em Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

SANTOS, V. (2004b). *O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à actualidade*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME)

SARAIVA, J. H. (1984). *História concisa de Portugal*. Mira-Sintra-Mem Martins: Europa-América

SASAKI, E. M. (1999). *Movimento de kassegui: a experiência migratória e identitária dos brasileiros descendentes de japoneses no Japão*. In Teresa Sales e Rossana Reis (Ed.), *Cenas do Brasil Migrante* (1ª ed., pp. 243-274). São Paulo: Boitempo Editorial.

SELTEN, J. P. & SIJZEN, N. (1994). *First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29 [2] 71-77.

SERTÓRIO, E. & PEREIRA, F. S. (2004). *Mulheres Imigrantes*. Lisboa: Ela por Ela

SHIN, K. R. (1994). *Psychosocial Predictors of Depressive Symptoms in Korean-American Women in New York City*. *Women and Health*, 21 [1] 73-82.

SILVA, A. C. & MARTINGO, C. (2007). *Unidades de saúde amigas dos migrantes - uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal*. *MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 155-159. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art8.pdf a 9-11-2007

SILVA, A. C. & SILVA, V. G. C. (2007). *AJPAS - mais de uma década a promover saúde e a prestar cuidados em prol dos mais desfavorecidos*. *MIGRAÇÕES*,

Revista do Observatório da Imigração, 1 171-178. Disponível em:

http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art10.pdf a 17-11-2007

SILVA, A. & AZEVEDO, L. (2005). *Mulheres imigrantes e violência doméstica*. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade - Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal* (pp. 139-147). Lisboa: SOS Racismo.

SILVA, M. B. N. d. (1993). *Família e Integração do Imigrante Português na Sociedade Brasileira*. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), *Emigração/imigração em Portugal* (pp. 206-217). Lisboa: Fragmentos.

SILVA, S. & SCHILTZ, A. (2007). *A relação entre os imigrantes brasileiros e os Portugueses – a construção de imagens recíprocas*. In J.Malheiros (Ed.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (1ª ed., pp. 155-170). Lisboa: ACDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural).

SOS RACISMO (2003). *A Imigração em Portugal*. Lisboa: SOS Racismo

SOUSA, I. C. F. d. (2007). *A integração de imigrantes brasileiras em Roma: conquistas e dificuldades*. *Imaginario*, 13 [14] p.399-415.

SOUSA, J. E. (2006). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Tese de mestrado em Relações Interculturais pela Universidade Aberta Lisboa, Lisboa.

STRAND, B. H., DALGARD, O. S., TAMBS, K. & ROGNERUD, M. (2003). *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. *Nord.J Psychiatry*, 57 [2] 113-118.

SULLIVAN, M. D., KEMPEN, G. I., VAN SONDEREN, E. & ORMEL, J. (2000). *Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly*. *Quality of Life Research*, 9 [7] 801-810.

TARUD, M. (2004). *Gestalt e Imigração*. Revista Transcultural, APPPT 1, 20-31.

TÁVORA-TAVIRA, L. & TEODÓSIO, R. (2007). *Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto Epi-Migra. MIGRAÇÕES, Revista do Observatório da Imigração*, 1 129-139. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art6.pdf a 12-11-2007

TÉCHIO, K. (2006). *Imigrantes brasileiros não documentados: Uma análise comparativa entre Lisboa e Madri* (Working Paper No. 1/2006). Lisboa: Socius . Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200601.pdf> a 11-11-2007

THE EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (2003). *The Mental Health Status of the European Population*. European Commission. Disponível em: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/mental_eurobaro.pdf. a 24-5-2008

ULREY, K. L. & AMASON, P. (2001). *Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress, and Anxiety*. Health Communication [13 (4)], 449-443. Routledge.

VIANNA, C. (2001). *A Comunidade Brasileira em Portugal* Lisboa: Janus Online . Disponível em: http://www.janusonline.pt/docs2001/artigo_janus2001_3_3_7.doc a 11-11-2007

VICENTE, P. & REIS, e. & F. F. (2001). *Sondagens – A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

WALL, K., NUNES, C. & MATIAS, A. R. (2005). *Immigrant Women in Portugal: migration trajectories, main problems and policies* (Working Paper No. 7-05). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa . Disponível em: http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2005/wp2005_7.pdf a 20-11-2007

WANG, P. S., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BORGES, G., BROMET, E. J. et al (2007). *Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet*, 370 [9590] 841-850.

WARE, J. E., SNOW, K. K., KOSISNKI, M. & GANDEK, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute

WESTPHALEN, C. M. & BALHANA, A. P. (1993). *Política e legislação imigratória brasileiras e a imigração portuguesa*. In M.H.e.al.Pereira (Ed.), *Emigração/imigração em Portugal* (pp. 17-27). Lisboa: Fragmentos.

WHO. (1996). *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. WHO Regional Publications, European Series 58. Disponível em:

http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/14/81/82.pdf a 9-11-2007

WHO (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: Office of Publications, World Health Organization.

WHO (2003). *International Migration, Health and Human Rights. Health and Human Rights Publication Series*. WHO, Geneva,[4].

WHO. (2007). *Mental Health*. Disponível em: http://www.who.int/topics/mental_health/en a 20-12-2007

YAMAZAKI, S., FUKUHARA, S. & GREEN, J. (2005). *Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. Health Qual.Life Outcomes.*, 3 48.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fluxograma de amostragem, por sexo	89
Tabela 2 – Tabela dos Testes a Aplicar	92
Tabela 3 - Resultados Descritivos das variáveis sociodemográficas	95
Tabela 4 - Resultados Descritivos das variáveis sóciodemográficas	96
Tabela 5 - Resultados Descritivos das variáveis sociodemográficas	97
Tabela 6 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com o processo migratório.....	98
Tabela 7 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com o processo migratório.....	99
Tabela 8 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com saúde e cuidados de saúde..	100
Tabela 9 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com saúde e cuidados de saúde..	101
Tabela 10 - Resultados Descritivos das variáveis saúde reprodutiva e planeamento familiar	102
Tabela 11 - Resultados Descritivos das variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida.....	103
Tabela 12 - Resultados Descritivos do MHI-5	104
Tabela 13 - Frequências do MHI-5	105
Tabela 14 – Variáveis Sociodemográficas	105
Tabela 15 – Variáveis Sociodemográficas	107
Tabela 16 – Variáveis relacionadas com o processo migratório.....	108
Tabela 17 – Variáveis relacionadas com a Saúde e cuidados de Saúde	109
Tabela 18 – Variáveis relacionadas com a Saúde reprodutiva e planeamento familiar.....	113
Tabela 19 – Variáveis relacionadas com a Qualidade de Vida e a Satisfação com a vida.....	114
Tabela 20 – Proporção da população em provável sofrimento psicológico (psp).....	116
Tabela 21 - Auto-apreciação do estado de saúde actual	118
Tabela 22 - Auto-apreciação da Qualidade de Vida	119